

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

E.A.P. DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

**Plan de desarrollo local, para las personas adultas
mayores, en la mejora de la calidad de vida en San
Juan de Lurigancho**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Ingeniero Industrial

AUTOR

Porfirio CHINGUEL MORALES

ASESOR

Carlos Antonio QUISPE ATUNCAR

Lima - Perú

2017

DEDICATORIA

A mis PADRES, por los esfuerzos realizados, para que mi educación siga los pasos de ética y moral, y cualquier acción y trabajo sea en provecho de uno y de los demás. A mis HERMANOS Y FAMILIA, por su abnegado apoyo, tanto material como espiritual.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi Facultad de Ingeniería Industrial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en los profesores que vienen formando generación de profesionales y a la Municipalidad del distrito de San Juan de Lurigancho que me permitió realizar la presente tesis.

RESUMEN

El presente trabajo es de análisis e investigación de la problemática de las Personas Adultas Mayores (PAM); más conocidas como personas de la Tercera Edad; que viven el distrito más populoso de Lima, con más de un millón de personas: San Juan de Lurigancho (SJL). Es en esta etapa de 60 a 90 años, en que el deterioro de la salud físico, mental y social, entra en abandono, casi en el mayor de los casos.

La presente investigación comprende los siguientes capítulos:

Capítulo 1: Con el aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente, que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad.

Por primera vez en la historia, hoy en día la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más allá. La ampliación de la esperanza de vida brinda una oportunidad importante no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto (OMS, 2015).

Tradicionalmente la vejez, estaba asociada con enfermedades, dependencia y falta de productividad. En la actualidad, la realidad es diferente.

Con la edad, la mayoría de las personas se adaptan al cambio y se convierten en recursos potenciales para la comunidad. Contribuyen a través de actividades tanto remuneradas como voluntarias.

Capítulo 2: Con el envejecimiento, desde el punto de vista biológico, compromete un número de genes diferentes, se han llegado a señalar hasta 100 genes implicados; y ocurre en los niveles: molecular, celular y órgano. Se debe agregar, que también, hay mutaciones múltiples que afectan a todos los procesos del envejecimiento.

Diversas teorías y clasificaciones se han planteado, para explicar el envejecimiento humano.

En la teoría estocástica o probabilística, algunos investigadores consideran al genoma, como principal protagonista del fenómeno y, otros, consideran un conjunto de fenómenos ambientalistas, donde es el entorno celular, el responsable del deterioro del homeostasis celular.

Capítulo 3: El Distrito de San Juan de Lurigancho (DSJL), nace hace 47 años. La ciudad ha ido creciendo paulatinamente en su configuración, su población ha ido incrementándose cerca de ocho veces en los últimos treinta años en la actualidad se estima que supera el millón de habitantes, gracias al tesón y el esfuerzo mancomunado de sus ciudadanos, hombres, mujeres, jóvenes, adolescentes, entre otros (Plan de desarrollo concertado 2015-2021, DSJL).

El compromiso con el distrito, está reflejado su desarrollo, en los últimos tiempos; el mismo que debe continuar progresivamente: Estos nuevos cambios son reflejo del trabajo de cada uno de los conciudadanos, contando con un mejor habitar del Distrito de San Juan de Lurigancho (DSJL).

El proyecto de inversión, tiene por finalidad, elevar la calidad de vida del segmento poblacional del Adulto Mayor en el DSJL, y tiene como objetivo primordial, el brindar el lugar de reposo, esparcimiento y desarrollo de habilidades y destrezas, de las personas de edad mayor, a efectos de garantizar, el derecho de la PAM, a un envejecimiento activo, productivo y saludable; correspondiendo al porcentaje de PAM, del orden del 6.5%, según cifras del INEI.

Capítulo 4: El Plan de desarrollo local, para las Personas Adultas Mayores, mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho.

El Plan de Mejora de la Calidad de Vida, es el Plan Maestro, y plantea que la culminación sea la construcción de la Casa del Adulto Mayor, Construcción de 5 plantas ejecutado por la Municipalidad del DSJL, la cual tendrá en el 1er piso un área de 700m² aprox. Con taller de Jardinería, Lavandería, de Cocina, Comedor y Auditorio. Esta primera Inversión será de Un millón de soles y será financiado con RECURSOS PROPIOS de la Municipalidad de SJL. (Anexos 2 y 3).

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
CAPÍTULO I.....	- 3 -
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	- 3 -
1.1 ANTECEDENTES Y FORMULACION DEL PROBLEMA	- 3 -
1.1.1 Antecedentes	- 3 -
1.1.2 Formulación del problema	- 5 -
1.2 OBJETIVOS.....	- 6 -
1.2.1 Objetivo general.....	- 6 -
1.2.2 Objetivos específicos	- 6 -
1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	- 6 -
1.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	- 8 -
1.4.1 Hipótesis general	- 8 -
1.4.2 Hipótesis específicas	- 8 -
1.5 METODOLOGIA	- 11 -
1.5.1 Tipo de la investigación	- 11 -
1.5.2 Unidad de análisis	- 11 -
1.5.3 Tamaño de la muestra.....	- 12 -
1.5.4 Selección de la muestra	- 12 -
1.5.5 Calculo del tamaño de muestra	- 13 -
1.5.6 Resultado de la encuesta	- 14 -
1.6 ALCANCES Y LIMITACIONES	- 19 -
CAPÍTULO II	- 22 -

MARCO TEÓRICO	- 22 -
2.1 ANTECEDENTES:.....	- 22 -
2.2 EL ADULTO MAYOR.....	- 28 -
2.3 MARCOS JURÍDICOS Y NORMATIVOS INTERNACIONALES.....	- 34 -
2.4 LEGISLACION SOBRE EL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ	- 37 -
2.4.1 Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor	- 37 -
2.4.2 DS-009-2010-MINDES.....	- 43 -
2.5 GLOSARIO.....	- 45 -
CAPÍTULO III	- 49 -
ANÁLISIS SITUACIONAL Y RESULTADOS RELEVANTES.....	- 49 -
3.1 EL PERFIL DEL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ.....	- 49 -
3.2 EL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO	- 57 -
3.3 PLAN DE DESARROLLO PARA EL ADULTO MAYOR	- 60 -
3.4 EL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	- 65 -
CAPÍTULO IV.....	- 76 -
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	- 76 -
4.1 CONCLUSIONES	- 76 -
4.2 RECOMENDACIONES.....	- 77 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	- 78 -
ANEXOS	- 80 -
ANEXO I: FICHA DE EMPADRONAMIENTO (A) y (B)	- 80 -
ANEXO II: PLANO DE CONSTRUCCIÓN DEL PRIMER PISO DE LA CASA DEL ADULTO MAYOR	- 82 -
ANEXO III: COSTO DE LA INVERSIÓN – CASA DEL ADULTO MAYOR A PRECIOS SOCIALES.....	- 83 -

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables.....	- 9 -
Tabla 2: Matriz de Consistencia	- 9 -
Tabla 3: Distribución del sexo en el PAM.....	- 14 -
Tabla 4: Distribución según la edad en el PAM.....	- 15 -
Tabla 5: Nivel de instrucción en el PAM.....	- 15 -
Tabla 6: Condición de Jubilada en el PAM	- 15 -
Tabla 7: Condición de apoyo familiar directo en el PAM.....	- 17 -
Tabla 8: Transferencias del PCA a las Municipalidades Provinciales	- 17 -
Tabla 9: Esperanza de vida al nacer, 1970 - 2025	- 55 -
Tabla 10: Estructura de la población mayor de 50 años	- 55 -
Tabla 11: Población total de adultos mayores de 60 años	- 56 -
Tabla 12: Población total y tasa de crecimiento 1972 - 2007	- 59 -
Tabla 13: Población por grupo de edades en el DSJL.....	- 61 -
Tabla 14: indicadores	- 70 -
Tabla 15: Cronograma de inversiones según Componentes.....	- 71 -
Tabla 16: Cronograma de Componentes Físicos.....	- 72 -

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Normativas a favor de las Personas Adultas Mayores	- 38 -
Figura 2: Ley 30490	- 39 -
Figura 3: Decretos Supremos a favor de las Personas Adultas Mayores	- 43 -
Figura 4: Mapa del DSJL y sus límites	- 58 -
Figura 5: Crecimiento de la población de DSJL	- 60 -
Figura 6: Calidad de Vida (CDV).....	- 73 -
Figura 7: Segunda Encuesta de Calidad de Vida	- 74 -

INTRODUCCIÓN

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento del año 2002, celebrada en Madrid (OPS/OMS, 2002), convocó a 142 países miembros de las Naciones Unidas con el objeto de evaluar el estado de avance de las recomendaciones del Plan de Acción de Envejecimiento de la Primera Asamblea celebrada en Viena en 1982 (Naciones Unidas, 1982), y aprobar una declaración política de los gobiernos y un plan de acción internacional que mejoraría las condiciones de vida de la población Adulta Mayor.

La planificación y distribución de los servicios para los ancianos, debe dar respuesta a sus necesidades específicas, e idealmente el sistema de servicios debe incluir: Servicios para el anciano relativamente sano e independiente, servicios para aquellos que experimentan limitaciones y requieren apoyos y servicios para aquellos cuyas necesidades requieren cuidado institucionalizado" (OPS, 1997).

El Perú está envejeciendo de manera lenta, pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad.

Al finalizar el año 2011, la población peruana con 60 años y más años, denominada Personas Adultas Mayores (PAM) en el país, alcanzaba las 2'620,460 personas, cifra que representaba el 8.8% del total de población a nivel nacional.

La proporción de PAM por sexo, en relación al total nacional: un 9.4% fueron mujeres y 8.2% varones. Las proyecciones del INEI indican que el porcentaje de mujeres adultas mayores crecerá para el año 2015 al 10.3%, mientras que los varones se proyecta al 9% para el año 2015. Se estaría produciendo un proceso de feminización del envejecimiento.

El presente trabajo, consiste en el Plan de desarrollo local, para las PAM, en la mejora de la calidad de vida en San Juan de Lurigancho, de acuerdo a las recomendaciones de los Centros del Adulto Mayor (CAM), orientados por EsSalud y MINSA; los que son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, acción familiar, inter generacional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES Y FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Por primera vez en la historia, hoy en día la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más allá. La ampliación de la esperanza de vida brinda una oportunidad importante no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto (OMS, 2015).

Se estima que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 60 años. La proporción de personas de edad seguirá aumentando durante las próximas décadas. Para el año 2025 se estima que habrá 1,200 millones de

personas de edad en todo el mundo y dos de cada tres vivirán en países en desarrollo (OMS, 2015).

Tradicionalmente la vejez, estaba asociada con enfermedades, dependencia y falta de productividad. En la actualidad, la realidad es diferente. Con la edad, la mayoría de las personas se adaptan al cambio y se convierten en recursos potenciales para la comunidad. Contribuyen a través de actividades tanto remuneradas como voluntarias.

Según la Ley 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores, en su Artículo 1: Objeto de la Ley:

Dar un marco normativo, donde se garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las Personas Adultas Mayores. Con la finalidad de mejorar su calidad de vida, y la integración plena al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad. Textos que se conservan en la Ley 30490 (modificatoria de la Ley 28803).

La Persona Adulta Mayor, tiene entre sus derechos, el de vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias (Artículo 3, Ley 28803).

La Ley N° 30490, obliga a los ciudadanos a cuidar de sus mayores, y fue impulsada por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).

La Ley N° 30490, genera una competencia para el MIMP; que es la elaboración de medidas de protección temporal administrativa para personas adultas mayores en situación de riesgo, abandono, dependencia o que sufran violencia.

La norma legal, posee entre sus principios, la seguridad física, económica y social de las personas que superan los 60 años de edad. La nueva ley hace responsables, por el siguiente orden, a los cónyuges, hijos, nietos, hermanos y padres de las personas en este lapso de edad que no tengan sus necesidades básicas satisfechas.

Perú tiene alrededor de tres millones de adultos mayores, que según la ley promulgada son las personas que superan los 60 años de edad.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) peruano, muestra que el 32.9 por ciento de hogares de Perú depende de una de estas personas, más del 13 por ciento de esta población no tiene educación y un 37 por ciento únicamente tiene la primaria.

1.1.2 Formulación del problema

1.1.2.1 Problema general

La falta de atención básica hacia las personas adultas mayores en el distrito de San Juan de Lurigancho

1.1.2.2 Problemas específicos

- La falta de un local de atención especializada hacia las personas adultas mayores: la casa del adulto mayor.
- La falta de normativas que regulen la atención especializada hacia las personas adultas mayores en el distrito de San Juan de Lurigancho

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Desarrollar un plan para mejorar la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores en el Distrito de San Juan de Lurigancho.

1.2.2 Objetivos específicos

- Presentar la legislación en el Perú, que contempla la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor, para el bienestar y promoción social de las Personas Adultas Mayores.
- Presentar el plan del lugar de esparcimiento, el desarrollo de habilidades y destrezas, disfrute del tiempo libre y prevención y promoción de la salud, que mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho del Adulto Mayor.

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Según el principio de la Ley 30490, Promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores: Toda acción pública o privada está avocada a promover y proteger la dignidad, la independencia, protagonismo, autonomía y

autorrealización de la persona adulta mayor, así como su valorización, papel en la sociedad y contribución al desarrollo.

Según el principio de la Ley 30490, Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor: Todas las acciones dirigidas a la persona adulta mayor tienen una perspectiva biopsicosocial, promoviendo las decisiones compartidas entre los profesionales de la salud y la persona adulta mayor; integrando en la atención los aspectos biológicos, emocionales y contextuales junto a las expectativas de los pacientes y valorando además la interacción humana en el proceso clínico.

Según el Artículo 6, Soporte institucional: El Estado, las organizaciones de la sociedad civil, las familias y la persona adulta mayor son los ejes fundamentales para el desarrollo de las acciones de promoción y protección de los derechos de la persona adulta mayor, especialmente de las acciones de prevención del maltrato y promoción del buen trato.

El presente estudio es conveniente porque, servirá de guía para la creación de espacios, en los gobiernos locales, en el marco de sus competencias; para la participación e integración social, económica y cultural de la Persona Adulta Mayor, mediante la prestación de servicios, en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas; programas y proyectos que se brindan en su jurisdicción a favor de la promoción y protección de sus derechos.

1.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

1.4.1 Hipótesis general

El desarrollo de un plan mejorara significativamente la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores en San Juna de Miraflores

1.4.2 Hipótesis específicas

- La legislación en el Perú, que contempla la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor, propicia el bienestar y promoción social de las Personas Adultas Mayores.
- El plan del lugar de esparcimiento, el desarrollo de habilidades y destrezas, disfrute del tiempo libre y prevención y promoción de la salud, mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho del Adulto Mayor.

1.4.3 Variable independiente

El Plan de desarrollo local, para las Personas Adultas Mayores.

1.4.4 Variable dependiente

Mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho.

1.4.5 Operacionalización de variables

Tabla 1: Operacionalización de variables

VARIABLES	Definición Operacional	INDICADORES	DETERMINACIÓN	VALOR
V.I. DESARROLLO DE UN PLAN	Esta variable está conformada por el Plan de desarrollo local, para las Personas Adultas Mayores	La respuesta es la meta del Plan de desarrollo	Número de beneficiarios directos	>=69552
V.D MEJORA CALIDAD DE VIDA	Esta variable es la solución, producto de la aplicación del Plan de desarrollo local	La respuesta son los aspectos afectivos o emocionales manifestados en la percepción personal de la felicidad/tristeza	$\frac{(\text{situacion propuesta} - \text{situacion actual})}{\text{Situación actual}}$	>= 30% de la población

Fuente: Elaboración propia

1.4.6 Matriz de consistencia

Tabla 2: Matriz de Consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Plan de desarrollo local, para las Personas Adultas Mayores, en la mejora de la calidad de vida en San Juan de Lurigancho

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPTESIS GENERAL	Variables dependientes	Tipo de investigación:
¿El Plan de desarrollo local, para las Personas Adultas Mayores, mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho?	Presentar el Plan de desarrollo local, para las Personas Adultas Mayores, para la mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho.	El Plan de desarrollo local, para las Personas Adultas Mayores, mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho.	El Plan de desarrollo local, para las Personas Adultas Mayores.	El tipo de investigación es descriptiva, trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta.
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS SECUNDARIOS	HIPTESIS SECUNDARIAS	Variable independiente	
a) ¿La legislación en el Perú, contempla la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor, para el bienestar y promoción social de las Personas Adultas Mayores?	a) Presentar la legislación en el Perú, que contempla la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor, para el bienestar y promoción social de las Personas Adultas Mayores.	a) La legislación en el Perú, que contempla la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor, propicia el bienestar y promoción social de las Personas Adultas Mayores.	Mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho.	
b) ¿Un lugar de esparcimiento, el desarrollo de habilidades y destrezas, disfrute del tiempo libre y prevención y promoción de la salud, mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho del Adulto Mayor?	b) Presentar el plan del lugar de esparcimiento, el desarrollo de habilidades y destrezas, disfrute del tiempo libre y prevención y promoción de la salud, que mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho del Adulto Mayor.	b) El plan del lugar de esparcimiento, el desarrollo de habilidades y destrezas, disfrute del tiempo libre y prevención y promoción de la salud, mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho del Adulto Mayor.		

1.5 METODOLOGIA

1.5.1 Tipo de la investigación

Tradicionalmente se presentan tres tipos de investigación de los cuales surgen los diversos tipos de investigaciones que se realizan y son: Histórica, Descriptiva, Experimental.

Cuando se clasifican las investigaciones tomando como criterio el papel que ejerce el investigador sobre los factores o características que son objeto de estudio, la investigación puede ser clasificada como experimental o no-experimental. Es experimental, cuando el investigador no solo identifica las características que se estudian, sino que las controla, las altera o manipula con el fin de observar los resultados al tiempo que procura evitar que otros factores intervengan en la observación (Hernández y otros 2014).

La presente investigación es descriptiva, porque, trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Esta puede incluir los siguientes tipos de estudios: Encuestas, Casos, Exploratorios, Causales, De Desarrollo, Predictivos, De Conjuntos, De Correlación.

1.5.2 Unidad de análisis

La unidad de muestreo/análisis puede ser individuos, organizaciones, periodos, comunidades, situaciones, piezas producidas, eventos, etc. (Hernández, 2014).

En la presente investigación para dar solución a la problemática de las Personas Adultas Mayores en San Juan de Lurigancho, se plantea el Plan de Desarrollo Local, tiene como unidad de análisis el manejo de la variable independiente mediante una nueva propuesta de mejora de la Calidad de Vida.

1.5.3 Tamaño de la muestra

Bernal (2006), cita dos definiciones de población, la primera como “el conjunto de todos los elementos a los cuales se refiere la investigación” y la segunda como “la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre las cuales se desea hacer inferencia”. Bajo esta premisa establece que la población puede ser determinada por un conjunto de individuos, grupos, instituciones, etc., que poseen determinadas características requeridas para la investigación y a partir de las cuales se estudiará la acción, el comportamiento o los efectos de las variables de interés que es el caso de la presente investigación.

Entre las características esenciales al seleccionar la población en estudio, se hallan entre otras, la homogeneidad, espacio, tiempo y la cantidad. Se ha tomado la característica del “espacio”, porque se refiere al lugar donde se ubica la población de interés. Para la presente investigación, son las características que se han obtenido de la Población Adulto Mayor en el Distrito de San Juan de Lurigancho.

1.5.4 Selección de la muestra

El tipo de muestreo es probabilístico, y se caracteriza porque todos los elementos de la Población Adulto Mayor, tienen la misma posibilidad de ser escogidos.

La ventaja de una muestra probabilística, desde la visión cuantitativa, es el de reducir al mínimo el error al que se le llama error estándar. Las muestras probabilísticas son esenciales en los diseños de investigación por encuestas en donde se pretende hacer estimaciones de variables en la población.

1.5.5 Cálculo del tamaño de muestra

Según la fuente del INEI (Tabla 13) la población del Grupo de Adultos Mayores del DSJL nos menciona que en la categoría de 60 años a más, para el año 2004 en adelante la población del adulto mayor es de 58,360, que representa un 6.5% del total de la población del DSJL. Con esta base vamos a calcular el tamaño de la muestra; que corresponde a un muestreo Aleatorio simple, el que se obtiene mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde,

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Reemplazando valores queda:

$$\frac{58,600 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2 \times (58,600) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 96$$

Como resultado de la aplicación de esta fórmula, nos dio la cantidad de 96 personas Adultas Mayores, a las cuales se les tomará el cuestionario de entrevista se hará con la finalidad de obtener un alcance acerca de las necesidades de la población adulta mayor del DSJL.

1.5.6 Resultado de la encuesta

La encuesta a los ADULTOS MAYORES en el DSJL se ha realizado utilizando el formato (Anexo I), cuyo contenido es:

- Datos personales.
- Documentos.
- Tipo de discapacidad.
- Ocupación.

Dicha encuesta se ha realizado a adultos mayores de los sectores C y D; de una muestra obtenida para 96 PAM (60 clase C y 36 clase D), se han encontrado los resultados que se muestran en las tablas 3 al 7

Tabla 3: Distribución del sexo en el PAM

Sector	Masculino	Femenino
C	38	22
D	26	10
Total	64	32

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Distribución según la edad en el PAM

Edad	Sector C	Sector D
60-64	10	18
65-69	10	4
70-74	10	
75-79	10	
80-84	2	
85-89	2	
90-94	4	
95-99	0	
No dijo	12	14
Total	60	36

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5: Nivel de instrucción en el PAM

NINEL EDUCATIVO	NIVEL C	NIVEL D
Analfabeto	0	0
Sin estudios	2	4
Est. Primarios incompletos	8	8
Est. Primarios Completos	6	2
Est. Secundarios incompletos	14	4
Est. Secundarios completos	6	14
Est. Técnicos completos	0	0
Est. Técnicos incompletos	2	0
Est. Universitario. completos	0	0
Est. Universitario incompletos	0	4
No dice	22	0
Total	60	36

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6: Condición de Jubilada en el PAM

Condición	Sector C	Sector D
No jubilado	44	26
Jubilado	16	10
Total	60	36

Fuente: Elaboración propia

La encuesta obtenida, refleja que existe en el sector C un 63% de la PAM en el DSJL. También se observa que el 67% son del sexo masculino en el PAM del DSJL. También se resumen que el 46% tienen instrucción secundaria, técnica y universitaria (incompleta o completa) de la PAM en el DSJL.

Entre los aportes de la encuesta realizada se ha obtenido:

- El gobierno ofrece apoyo a las actividades sociales, trabajos de artesanía, aunque en la práctica, no siempre se cumple.
- El gobierno no ofrece apoyo con respecto a medicina, ropa y alimentos; aunque en mínimo porcentaje cumple el MINSA y ESALUD.
- La municipalidad del DSJL, ayuda en vigilar las obras, cuidado físico y de enfermedades.
- En el Perú, existen los Programas de Complementación Alimentaria (PCA), que tienen por objetivo otorgar un complemento alimentario a la población en situación de pobreza, pobreza extrema y en riesgo moral y de salud, y como a grupos vulnerables (niñas, niños, personas con tuberculosis, Adultos Mayores y personas con discapacidad, en situación de riesgo moral y abandono). Ver tabla 8
- La municipalidad del DSJL, ayuda en las actividades de recaudación, alimentos y medicina.
- Los grupos de vecinos, apoyan en la organización, atención médica y terapia de grupo.

Tabla 7: Condición de apoyo familiar directo en el PAM

Condición	Sector C	Sector D
Si	2	14
No	48	12
Total	60	36

Fuente: Elaboración propia

Se tiene que agregar que, la responsabilidad de la construcción de la Casa del Adulto Mayor, recae en el Estado, a través del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MINP) y del gobierno local (la municipalidad).

Tabla 8: Transferencias del PCA a las Municipalidades Provinciales

Año de Verificación	Nº de Municipalidades Provinciales	Porcentaje	Norma de Verificación
2003	67	35%	Decreto Supremo N° 088-2003-PCM
2004	58	30%	Decreto Supremo N° 038-2004-PCM
2005	65	34%	Resolución Gerencial N° 032-2005-CND/GTA
2006	3	0,5%	Resolución Gerencial N° 076-2006-CND/GTA
2007	1	0,5%	Decreto Supremo N° 036-2007-PCM
TOTAL	194	100%	

Fuente: MINDES

Se propone el siguiente plan:

- Crear conciencia de AYUDA FAMILIAR DIRECTA, puesto que el 63% (según la encuesta) no tiene cuidado de los familiares directos.
- Contar con la ayuda del MINSA vía la RED de Salud del DSJL, y apoyo directo del Programa del AM.
- Establecer cuatro campañas médicas geriátricas anuales, de salud.
- Contar con la organización y planificación de las instituciones y club representativos que agrupan al PAM, para el Plan de Desarrollo Local de

Mejora de la Calidad de Vida; que exija a las autoridades, el cumplimiento de la Ley 30490; y la promulgación del Reglamento a la Ley, de acorde con la realidad social y geográfica.

- Realizar las FERIAS ARTESANALES DE PRODUCTOS del AM, con el apoyo de las ONG.
- Ejecutar la construcción de la Casa del Adulto Mayor en el DSJL, ejecutado por la municipalidad del DSJL, en convenio con el MINP.
- Difusión y promoción para la implementación de CAM, públicos o privados distintos del CIAM.
- Aprovechar que existe un alto porcentaje de AM jubilados, que tienen experiencia en distintas oficios y manualidades, para formular la creación de un Taller de Producción, que reporten ingresos económicos.

Finalmente, a nivel internacional, se ha llegado a ciertos consensos, que adecuados a la realidad de cada país, establecen algunas garantías mínimas para las PAM, los principales ámbitos mencionados están ligados a:

- 1) La seguridad económica y protección social a través de pensiones, subsidios y otras garantías.
- 2) El acceso íntegro a la salud, a través de la prevención y cuidados paliativos.
- 3) Participación social.

Con la Casa del Adulto Mayor en el DSJL, se trata de facilitar que los Adultos Mayores permanezcan más sanos y activos, lo que se reflejará en un mayor bienestar y satisfacción individual y colectivo.

Además, implica la reducción del gasto en salud y la mayor independencia de los servicios públicos sanitarios y sociales, al mantener más tiempo la independencia y autonomía de todos los ciudadanos; y a su vez, proporcionando una mayor calidad de vida en la sociedad.

Basados en los puntos anteriores; este Plan de Mejora de la Calidad de Vida, sería el Plan Maestro, para que la culminación sea la construcción de la Casa del Adulto Mayor, ejecutado por la Municipalidad del DSJL, en convenio con el MINDES.

1.6 ALCANCES Y LIMITACIONES

Según el Artículo 5 de la Ley 30490, Derecho:

La persona adulta mayor es titular de derechos humanos y libertades fundamentales y ejerce, entre otros, el derecho a:

- a) Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable.
- b) La igualdad de oportunidades.
- c) Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, de acuerdo a sus necesidades.
- d) Vivir en familia y envejecer en el hogar y en comunidad.

- e) Acceder a programas de educación y capacitación.
- f) Participar activamente en las esferas social, laboral, económica, cultural y política del país.
- g) Atención preferente en todos los servicios brindados en establecimientos públicos y privados.
- h) Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud por parte del personal de salud, a través de una escucha activa, proactiva y empática, que le permita expresar sus necesidades e inquietudes.

Según el Artículo 8 de la Ley 30490, Deberes del Estado: El Estado establece, promueve y ejecuta las medidas administrativas, legislativas, jurisdiccionales y de cualquier otra índole, necesarias para promover y proteger el pleno ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor, con especial atención de aquella que se encuentra en situación de riesgo.

Según el Artículo 3 de la Ley 30490: El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, ejerce rectoría sobre la promoción y protección de los derechos de la Persona Adulta Mayor y en el marco de sus competencias y de la normatividad vigente, se encarga de normar, promover, coordinar, dirigir, ejecutar, supervisar, fiscalizar, sancionar, registrar información, monitorear y realizar las evaluaciones de las políticas, planes, programas y servicios a favor de ella, en coordinación con los gobiernos regionales, gobiernos locales, entidades públicas, privadas y la sociedad civil, que brindan las facilidades del caso.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en el marco de su rectoría, puede suscribir convenios interinstitucionales con entidades públicas o privadas a fin de lograr beneficios en favor de los derechos de la Persona Adulta Mayor.

De donde se deduce que las áreas de contratación al interior de las entidades públicas, requieren de procesos de compra eficientes, pues hacen uso de los recursos económicos de la población.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES:

Título: Calidad de vida según taller formativo : ocupacional o laboral, en personas adultas con discapacidad intelectual

Autor: [Domínguez Lara, Sergio Alexis](#)

Temas: Personas con discapacidades Integración social – Perú

Fecha de publicación: 2013

Lugar de publicación: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Resumen: El objetivo de la investigación fue comparar la calidad de vida en personas adultas con discapacidad intelectual que participan en actividades ocupacionales o laborales, en dos centros de Lima Metropolitana, de acuerdo a la percepción de sus cuidadores. La muestra estuvo constituida por 71 personas, 40 varones (56.3%) y 31 mujeres (43.7%); 35 de ellas (49.3%) participan en las actividades ocupacionales y 36 de ellas (50.7%), participan en actividades que implican tareas orientadas al ámbito laboral. Se administró la Escala Integral de Calidad de Vida a los cuidadores primarios. Las personas que participan en actividades laborales presentan mejores indicadores de calidad de vida en las dimensiones de Inclusión Social, Bienestar Laboral y Bienestar Emocional y Físico. En Autodeterminación y Bienestar Material no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos. Las medidas de tamaño del efecto mediante la Delta de Cliff van de pequeñas a moderadas. Se concluye que las personas que participan en actividades laborales presentan una mejor calidad de vida desde la óptica de sus cuidadores en comparación con las personas que participan en actividades ocupacionales. Palabras Clave: Calidad de

vida, Discapacidad intelectual, adultos, Lima
The aim was to compare the quality of life in adults with intellectual disabilities who participate in occupational, or employment-related activities, in two centers of Lima, according to the perception of their caregivers. The sample was of 71 people, 40 males (56.3%) and 31 females (43.7%); 35 of them (49.3%) participate in occupational activities and 36 of them (50.7%), participating in activities that involve the employment-related activities. Was administered The Integral Scale of Quality of Life to primary caregivers. People who are involved in employment-related activities have better indicators of quality of life in the dimensions of Social Inclusion, Work Well-Being and Emotional and Physical Well-Being. Self-determination and Well-Being Material found no significant differences between two groups. Effect Size measurement by Cliff's Delta is between small and moderate. It is concluded that persons participating in employment-related activities present a better quality of life from the view point of their caregivers in comparison with persons involved in occupational activities. Keywords: Intellectual Disability, Quality of Life, Adults, Lima

Título: Políticas sociales en salud para personas adultas mayores y ciudadanía en Lima Metropolitana : período 1990-2008

Autor: [Calderón Miní, Jenny Juana](#)

Temas: Ancianos - Perú - Condiciones sociales
Ancianos - Servicios para - Perú

Fecha de publicación: 2010

Lugar de publicación: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Resumen: El envejecimiento de la población peruana se va mostrando como un tema de creciente interés entre la población. No obstante, sólo ha logrado relativa importancia en la agenda pública nacional a través de Políticas Sociales, normada por la Ley N° 28803

desde julio del 2006 y contenidas en el Plan Nacional 2006 - 2010, siendo además notorio el esfuerzo de las Personas Mayores para institucionalizar su práctica social y alcanzar el estatus de referente social como manifestación de su condición de ciudadanos. La característica central de vulnerabilidad en la vejez y ausencia de Políticas de Estado para una auténtica Seguridad Social y sistemas de protección institucionalizados complementarios son algunos de los aspectos que marcaron nuestra decisión de profundizar en el conocimiento de la vejez y el envejecimiento como temas de interés para las Ciencias Sociales. A partir de esta visión se ha identificado a la relación vinculante entre Políticas Sociales en Salud y el sujeto social como motivo central para la investigación realizada. En ese sentido, nuestra apreciación se complementa con lo establecido en la normatividad vigente, que identifica a este sector de población (Particularmente la Ley 28803 - Ley del Adulto Mayor¹) y define a la Persona Adulta Mayor como aquella que se ubica en el rango de edad a partir de los 60 años, acatando la definición que establece Naciones Unidas al respecto.

Título: Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2010

Autor: [Fenco Asalde, Maritza Gemma Caroline](#)

Temas: Ancianos - Enfermedades
Calidad de vida - Perú
Diabéticos – Actitudes

Fecha de publicación: 2010

Lugar de publicación: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Resumen: El presente estudio titulado "Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Daniel Alcides Carrión 2010", tuvo como objetivo general determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor y como objetivos específicos identificar la

autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en las dimensiones física, social y psicológica. El presente estudio ayudará a fortalecer fundamentos del cuidado enfermero como la actitud humanitaria, el respeto y amor a este grupo de personas, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables para mejorar su calidad de vida. El estudio es de enfoque cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 adultos mayores del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La técnica usada fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores fue regular. En cuanto a la dimensión física muestran una autopercepción regular ya que realizan actividades diarias, tienen poca dificultad para cuidar de sí mismos, sin embargo muestran cierta aceptación frente a los cambios en la capacidad sexual y sueño. En la dimensión social mantienen una autopercepción regular, gracias a que mantienen buenas relaciones familiares y sociales, están satisfechos con las actividades de tiempo libre, no obstante presentan problemas económicos.

PALABRAS CLAVES: Autopercepción, Calidad de Vida, Adulto Mayor, Diabetes Mellitus.

This study entitled "Perceived Quality of Life of Older Adults with Diabetes Mellitus in the Daniel Alcides Carrion Hospital 2010, must like general mission determine the perception of the quality of life of older adults and like specific objectives to identify the perception of the quality of life in the dimensions physical, social and psychological. This study will help to strengthen the foundations for the care and caring attitude, respect and love for this group of people, promoting the adoption of healthy lifestyles. The study is of quantitative approach, descriptive method of cross section. The population consisted of 50 older adults in the Hospital National Daniel Alcides Carrión. The technique used was the interview and the questionnaire instrument. The results were that the perception of quality of life of older adults was regular. As for the physical dimension show a regular perception as they perform daily activities, have little difficulty taking care of themselves, however, show

some acceptance to changes in sexual ability and sleep.

Título: Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia : Centro de Salud Clas Laura Caller Iberico, 2004-2006

Autor: [Vera Mendoza, Martha Nicolasa](#)

Temas: Ancianos - Cuidado
Calidad de vida

Fecha de publicación: 2007

Lugar de publicación: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Resumen: Hasta la segunda mitad del siglo XIX un número muy reducido de la población mundial alcanzaba llegar a la edad de la vejez / ancianidad. Hoy, en el siglo XXI, gracias a los avances de la ciencia y de la tecnología, la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil, así como el mejoramiento de las condiciones sociales del ambiente, la población adulta mayor es cada vez más numerosa; y el cuidado de la salud de esta población se ha constituido en un problema de salud pública y de la seguridad social, que cada vez adquiere más importancia. Según estimaciones de la OPS (2003), para el año 2025, estarán viviendo en el planeta tierra un total de 600 millones de ancianos. La longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse, y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a "viejo" se vea compensado con una calidad de vida adecuada en el adulto mayor; la misma, que para su estudio, debe ser la expresión sentida del propio adulto mayor y de la familia. Los objetivos generales de la investigación fueron: determinar el significado que la expresión lingüística "calidad de vida del adulto mayor" tiene para el mismo adulto mayor y para su familia, con la finalidad de tener mejores elementos de juicio que garanticen un cuidado integral de la salud del adulto mayor. El tipo de investigación es cualitativa; el método es, descriptivo-interpretativo-comprensivo; se fundamentó en la "Teoría de las Representaciones Sociales" de Serge Moscovici, para construir entre los

actores del estudio, la representación del significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Se ejecutó la investigación en el Centro de Salud CLAS Laura Caller Iberico y el asentamiento humano del mismo nombre, en el Distrito de Los Olivos-Lima.

To second half of century XIX a number very reduced of the world-wide population reached to arrive at the age of the oldness/old age. Today, in century XXI, thanks to the advances of science and the technology, the diminution of the natality and infantile mortality, as well as the improvement of the social conditions of the atmosphere, the greater adult population is more and more numerous; and the care of the health of this population has been constituted in a problem of public health and the social security, that every time acquires more importance. According to estimations of the OPS (2003), for year 2025, they will be living in the planet earth a total of 600 million of old. The increasing longevity has own exigencies that cannot be not known, and it is due to assure that the high cost necessary to arrive at "old" is compensated with a quality of life adapted in the greater adult; the same one, that stops its study, must be the felt expression of the own greater adult and the family. The general missions of the investigation were: to determine the meaning that the linguistic expression "quality of life of the greater adult" has for he himself greater adult and his family, with the purpose of having better elements of judgment than they guarantee an integral care of the health of the greater adult. The type of investigation is qualitative; the method is, descriptive-interpretative-comprehensive; it was based on the "Theory of the Social Representations" of Serge Moscovici, to construct between the actors of the study, the representation of the meaning of the quality of the greater adult for itself and its family. One in center executed the investigation of Health CLAS Laura Iberian Caller and the slums of he himself name, in the District of Olive tree-File.

Existe en la sociedad, una falsa generalización, en el sentido, de creer que la vejez es un período de declinación y deterioro. Las diversas investigaciones llevadas en el campo de la gerontología, han demostrado lo contrario.

Las teorías para explicar la vejez, van desde la teoría más simplista, la del desgaste o deterioro, hasta la teoría del error catástrofe. El envejecimiento, por su naturaleza multicausal, es improbable que una teoría única, pueda explicar todos sus mecanismos (Pardo, G., 2003).

2.2 EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento, desde el punto de vista biológico, compromete un número de genes diferentes, se han llegado a señalar hasta 100 genes implicados; y ocurre en los niveles: molecular, celular y órgano. Se debe agregar, que también, hay mutaciones múltiples que afectan a todos los procesos del envejecimiento.

Strehler (1982), señaló los cambios que una teoría del envejecimiento debe explicar:

- Perjudiciales, reducen las funciones.
- Progresivos, que tengan lugar gradualmente.
- Intrínsecos, es decir, que no sean por causa de agentes medio ambientales modificables.
- Universales, esto es, todos los miembros de una especie deben revelar los déficits.

Las diversas teorías y clasificaciones que se han planteado, para explicar el envejecimiento humano, se resumen en dos grandes grupos:

- **Teoría estocástica:** Existen una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar, y deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Producto, de la acumulación aleatoria de acontecimientos perjudiciales, por la exposición de factores exógenos adversos.
- **Teoría determinista:** Existen un número limitado de variables conocidas, que evolucionan exactamente de la misma manera, en cada reproducción del fenómeno estudiado.

En la teoría estocástica o probabilística, algunos investigadores consideran al genoma, como principal protagonista del fenómeno y, otros, consideran un conjunto de fenómenos ambientalistas, donde es el entorno celular, el responsable del deterioro del homeostasis celular (Pardo, G., 2003).

Dentro de las investigaciones propuestas por la teoría estocástica, destacan:

- Teoría genética.
- Teoría mutación somática.
- Teoría de los radicales libres.
- Teoría del error-catástrofe.
- Teoría de las uniones cruzadas de estructuras celulares.

- Teoría de la acumulación de productos de deshechos.
- Teoría inmunológica.

La teoría del error-catástrofe, fue propuesta por Orgel en 1963 y modificada por él mismo en 1970.

La teoría postula que, con la edad, surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas anormales. Si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, causarían incluso más errores en la próxima generación de proteínas, hasta llegar a una pérdida "catastrófica" del homeostasis celular que conduce a la muerte celular (Pardo, G., 2003).

Dentro de las investigaciones propuestas por la teoría estocástica, destacan:

- Teoría de la capacidad replicativa finita de las células.
- Teoría evolutiva.
- Hipótesis de los genes determinantes de la longevidad.

Teoría de la capacidad replicativa finita de las células, se basa en las investigaciones de Hayflick y Moorhead (1961), quienes dieron a conocer, que los fibroblastos humanos normales, tenían una limitación del número de veces que podían dividirse: las poblaciones de fibroblastos procedentes de un embrión pueden duplicarse hasta 50 veces.

Producto de la naturaleza multicausal del envejecimiento, no es posible desechar ninguna de las teorías. Al respecto, Miquel (1991) reconcilió los conceptos programados y estocásticos del envejecimiento:

"Las células se programan primero para diferenciarse y luego padecen una cadena de acontecimientos estocásticos, como efecto secundario de la producción de energía mitocondrial".

Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto (OMS, 2015).

Datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento, solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona.

No existe una persona mayor "típica". La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse (OMS, 2015).

Aunque a la larga, la mayoría de las personas mayores experimentarán múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia. Además, contrariamente a lo que suele suponerse, el envejecimiento tiene mucha menos influencia en los gastos en atención de la salud que otros factores,

como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas.

En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores.

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: la salud.

Cuando las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas (OMS, 2015).

El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública. Sin embargo, no se ha debatido lo suficiente sobre lo que esto implica. En muchas esferas, se sabe muy poco acerca de las estrategias que dan resultado.

En la Nota Descriptiva N° 404 de septiembre de 2015, de la OMS. Se presentan los datos y cifras siguientes:

- Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.
- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.
- Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico

También agrega la Nota Descriptiva: Se vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015.

Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Estos cambios no son graduales, ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos Adultos Mayores, disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, entre otros.

En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

2.3 MARCOS JURÍDICOS Y NORMATIVOS INTERNACIONALES

Los derechos humanos son las libertades y derechos universales, de individuos y grupos, que están consagrados por la ley. Comprenden derechos civiles y

políticos, como el derecho a la vida, y derechos sociales, económicos y culturales, como el derecho a la salud, a la seguridad social y a la vivienda. Todos los derechos están relacionados entre sí y son interdependientes e inalienables.

Dos, son los instrumentos internacionales de política, que han guiado la acción sobre el envejecimiento desde 2002:

- La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
- Envejecimiento activo: un marco político, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estos documentos, forman parte, del marco jurídico internacional de derechos humanos. Celebran el aumento de la esperanza de vida y el potencial de las poblaciones de edad como recursos importantes para el desarrollo futuro.

Destacan las habilidades, la experiencia y la sabiduría de las personas mayores, así como las contribuciones que hacen.

En el año 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En sus recomendaciones, se reconocen tres prioridades para la acción: las personas mayores y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores.

En el Plan, se señalan varias cuestiones clave que siguen siendo vigentes en el 2016. Se trata de cuestiones como promover la salud y el bienestar durante toda la vida; garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria; prestar los servicios adecuados para las personas mayores con VIH o SIDA; capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud; atender las necesidades de salud mental de las personas mayores (OMS, 2015).

El concepto del envejecimiento activo, surge en un intento de hermanar de forma coherente ámbitos políticos muy compartimentados.

En el 2002, la OMS dio a conocer el documento Envejecimiento activo: un marco político. En este marco se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”.

El marco político de la OMS, reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico.

Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

- 1) Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
- 2) Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.
- 3) Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.
- 4) Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

2.4 LEGISLACION SOBRE EL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ

Diversas normas, favorecen a la Persona Adulta Mayor. Principalmente la Ley 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor. Ver la figura 1.

2.4.1 Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor

La Ley 30490, declara que: Toda acción pública o privada está avocada, a promover y proteger la dignidad, la independencia, protagonismo, autonomía y autorrealización de la Persona Adulta Mayor, así como su valorización, papel en la sociedad y contribución al desarrollo.

Figura 1: Normativas a favor de las Personas Adultas Mayores

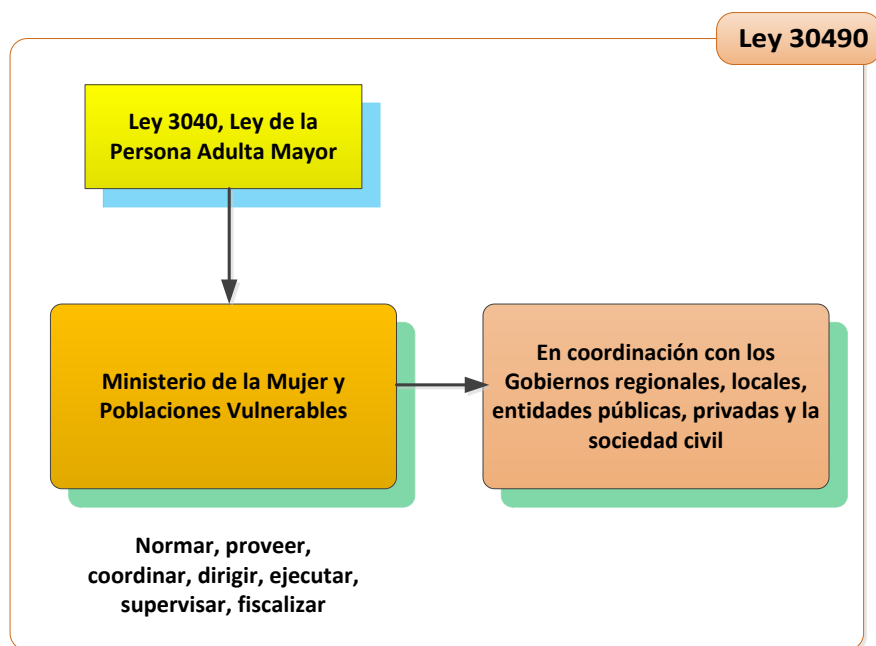
Ley N° 30490	Ley de la Persona Adulta Mayor
Ley N° 29633	Ley que fortalece la tutela del incapaz o adulto mayor mediante la modificación de diversos artículos del código civil
Ley N° 28735	Ley que regula la atención de las personas con discapacidad, mujeres embarazadas y adultos mayores en los aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos y fluviales y medios de transporte
Ley N° 28683	Ley que modifica la Ley N° 27408 Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores en lugares de atención al público
Ley N° 29685	Ley que establece medidas especiales en casos de desaparición de niños, niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad mental, física o sensorial
Ley N° 30088	Ley que declara el 26 de agosto de cada año, como el Día Nacional de las Personas Adultas Mayores
Ley N° 28867	Ley que modifica el artículo 323 del Código Penal, y tipifica la discriminación a las personas adultas mayores

Fuente: Elaboración propia

La Ley 30490, considera Persona Adulta Mayor, a aquella que tiene 60 o más años de edad.

La Ley 30490, confiere al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, la rectoría sobre la promoción y protección de los derechos de la Persona Adulta Mayor.

Figura 2: Ley 30490



Fuente: Elaboración propia

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en el marco de sus competencias y de la normatividad vigente, se encarga de normar, promover, coordinar, dirigir, ejecutar, supervisar, fiscalizar, sancionar, registrar información, monitorear y realizar las evaluaciones de las políticas, planes, programas y servicios a favor de ella, en coordinación con los gobiernos regionales, gobiernos locales, entidades públicas, privadas y la sociedad civil, que brindan las facilidades del caso (Artículo 3 de la Ley 30490). Ver la figura 2.

El Estado establece, promueve y ejecuta las medidas administrativas, legislativas, jurisdiccionales y de cualquier otra índole, necesarias para promover y proteger el pleno ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor, con

especial atención de aquella que se encuentra en situación de riesgo (Artículo 8 de la Ley 30490).

La Ley 30490 en su Artículo 10, promueve la creación de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor o CIAM.

Los CIAM, son espacios creados por los gobiernos locales, en el marco de sus competencias, para la participación e integración social, económica y cultural de la Persona Adulta Mayor, a través de la prestación de servicios, en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas; programas y proyectos que se brindan en su jurisdicción a favor de la promoción y protección de sus derechos.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, promueve la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor, por parte de los gobiernos locales.

Los gobiernos locales informan anualmente, bajo responsabilidad, al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables sobre el funcionamiento de los CIAM. Esta información se remite cada 30 de enero, con respecto al año inmediato anterior.

Para la promoción e implementación de políticas, funciones y servicios relativos a la Persona Adulta Mayor (PAM), los gobiernos locales, en el marco de

sus competencias, pueden suscribir convenios, alianzas estratégicas, entre otros documentos, con organizaciones e instituciones de naturaleza pública y privada.

En su Artículo 13 de la Ley 30490, se crean los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores.

Los Centros de Atención para PAM, son espacios públicos o privados acreditados por el Estado donde se prestan servicios de atención integral e integrada o básica especializada dirigidos a las PAM, de acuerdo a sus necesidades de cuidado.

Según el Artículo 13 de la Ley 30490, los Centros de Atención para PAM pueden ser:

- a) Centro de atención residencial. Ofrece servicios de atención integral a la persona adulta mayor autovalente o dependiente. Puede ser gerontológico, geriátrico o mixto.
- b) Centro de atención de día. Ofrece servicios dirigidos a la persona adulta mayor en situación de autovalencia, fragilidad o dependencia (leve y moderada) en el transcurso del día, manteniendo un horario establecido por el centro.
- c) Centro de atención de noche. Ofrece servicios básicos de alojamiento nocturno, alimentación vestido, dirigidos a la persona adulta mayor autovalente.
- d) Otros que establezca el reglamento.

En el Artículo 19 de la Ley 20490: La Persona Adulta Mayor tiene derecho a la atención integral en salud, siendo población prioritaria respecto de dicha atención. Corresponde al sector salud promover servicios diferenciados para la PAM en los establecimientos de salud para su atención integral, considerando sus necesidades específicas.

El Gobierno Nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales realizan, en forma coordinada, intervenciones dirigidas a prevenir, promover, atender y rehabilitar la salud de la PAM.

El Ministerio de Salud y Essalud son los encargados de promover servicios diferenciados para la Población Adulta Mayor que padezca enfermedades que afectan su salud.

Diversos Decretos Supremos, favorecen a la Persona Adulta Mayor. Destacando el DS-009-2010-MINDES, Ley de la Persona Adulta Mayor. Ver la figura 3.

Figura 3: Decretos Supremos a favor de las Personas Adultas Mayores

Decreto Supremo N° 004-2016-MIMP	Que aprueba el Reglamento de los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores
Decreto Supremo N° 011-2011-MIMDES	Que aprueba la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores
Decreto Supremo N° 009-2010-MIMDES	Establecen los requisitos mínimos para el funcionamiento de los Centros de Atención Residencial para las PAM
Decreto Supremo N° 006-2012-MIDIS	Modifican diversos artículos del Decreto Supremo N° 081-2011-PCM, norma de creación del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "PENSIÓN 65"

Fuente: Elaboración propia

2.4.2 DS-009-2010-MINDES

La Ley N° 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores (derogada por la Ley 30490), reguló el marco normativo que garantiza los mecanismos legales para el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, reconocidos en la Constitución Política del Estado y los tratados internacionales vigentes, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y su integración plena al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo de este modo al respeto de su dignidad.

Desde el Artículo 6 de la Ley N° 28803, se dispone que corresponde a la Dirección de Personas Adultas Mayores de la Dirección General de la Familia y la Comunidad del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, establecer los requisitos mínimos para el funcionamiento de las casas de reposo u otros locales análogos destinados a brindar atención a las personas adultas mayores.

La Dirección de Personas Adultas Mayores, formuló los citados requisitos a través del documento denominado “Requisitos mínimos para el funcionamiento de los Centros de Atención Residencial para personas adultas mayores”, el cual fue aprobado por Resolución Ministerial N° 376-2009-MIMDES.

Los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores, se clasifican en: Centros Residenciales gerontológicos y Centros Residenciales geriátricos (Artículo 4 DS-009-2010-MINDES).

Desde el Artículo 8 DS-009-2010-MINDES: Los Centros de Atención Residencial deberán prestar los servicios siguientes:

- Alojamiento.
- Alimentación. En el caso de los Centros Residenciales geriátricos, deberá brindarse un servicio de nutrición acorde al tipo de enfermedad del residente.
- Asistencia de salud.
- Servicio social.
- Examen médico general anual.
- Examen psicológico anual.
- Lavandería.

Desde el Artículo 12, DS-009-2010-MINDES, Requisitos documentales: Previamente a su funcionamiento, los Centros de Atención Residencial deberán cumplir, en el orden establecido, con los requisitos que se detallan a continuación:

- Autorización sectorial, expedida por la instancia regional correspondiente, de conformidad con las normas relativas a la descentralización.
- Licencia de funcionamiento, otorgada por la municipalidad correspondiente.
- Inscripción en el registro del Gobierno Regional respectivo.

Desde el Artículo 16, DS-009-2010-MINDES: Los Gobiernos Regionales realizarán visitas periódicas a los Centros Residenciales de su competencia territorial, con la finalidad de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto Supremo.

En caso de identificar irregularidades, procederán conforme a su reglamento de sanciones. La fiscalización, que será llevada a cabo mediante el sistema del muestreo, deberá verificar la autenticidad de las declaraciones, documentos, informes y traducciones proporcionadas en el procedimiento de solicitud de autorización sectorial o de inscripción en el Registro.

2.5 GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: Grado en el que un entorno, un servicio o un producto permiten el acceso al mayor número posible de personas.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Actividades básicas necesarias para la vida diaria, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, ir al baño y moverse dentro de la casa.

ADMINISTRACIÓN: Conjunto ordenado y sistematizado de principios, técnicas y prácticas que tiene como finalidad apoyar la consecución de los objetivos de una organización a través de la provisión de los medios necesarios para obtener los resultados con la mayor eficiencia, eficacia y congruencia; así como la óptima coordinación y aprovechamiento del personal y los recursos técnicos, materiales y financieros.

AFECCIÓN DE SALUD: Término general para designar enfermedades, trastornos, lesiones o traumatismos agudos o crónicos.

ASISTENCIA SOCIAL: Ayuda para desempeñar actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, el cuidado personal, el mantenimiento del hogar).

BIENESTAR: Término general que abarca todas las esferas de la vida humana, incluidos aspectos físicos, mentales y sociales, que conforman lo que se puede llamar “una buena vida”.

CENTROS DE CUIDADOS INSTITUCIONALES: Instituciones en las que se prestan cuidados a largo plazo. Pueden ser centros comunitarios, centros de atención médica prolongada, residencias de personas mayores, hospitales y otros centros de salud. Los centros de atención institucional no se definen solo por su tamaño.

DISCAPACIDAD: Término general para designar las deficiencias, las limitaciones y las restricciones en la participación, que denota los aspectos negativos de la interacción entre una persona (con una afección de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).

DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS DE EDAD: Estereotipos y discriminación contra personas o grupos de personas debido a su edad. La discriminación por motivos de edad puede tomar muchas formas, como las actitudes perjudiciales,

las prácticas discriminatorias o las políticas y prácticas institucionales que perpetúan las creencias estereotipadas.

EDAD (CRONOLÓGICA): Tiempo vivido desde el nacimiento, medido por años, meses, o días.

EFFECTIVIDAD: Cumplimiento al ciento por ciento de los objetivos planteados.

EFICACIA: Capacidad de lograr los objetivos y metas programadas con los recursos disponibles en un tiempo predeterminado.

Capacidad para cumplir en el lugar, tiempo, calidad y cantidad las metas y objetivos establecidos.

EFICIENCIA: Uso racional de los medios con que se cuenta para alcanzar un objetivo predeterminado; es el requisito para evitar o cancelar dispendios y errores.

ENVEJECIMIENTO: A nivel biológico, el envejecimiento es el resultado de los efectos de la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares que se producen con el tiempo.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

ESPERANZA DE VIDA (AL NACER): Número promedio de años que cabe esperar que viva un recién nacido sujeto a la tasa de mortalidad específica por edad en un período determinado.

EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL: Evaluación multidimensional de la persona mayor que incluye componentes clínicos, físicos, cognitivos, sociales y

emocionales; también puede incluir el uso de instrumentos de evaluación estandarizados y un equipo interdisciplinario para apoyar el proceso.

GERONTOLOGÍA: Estudio de los aspectos sociales, psicológicos y biológicos del envejecimiento.

HIPÓTESIS: Antecedente de una proposición condicional o hipotética. Enunciado que sólo se puede probar por sus consecuencias.

MULTIMORBILIDAD: Concurrencia de dos o más enfermedades crónicas en una sola persona.

OBJETIVO: Expresión cualitativa de un propósito en un periodo determinado; el objetivo debe responder a la pregunta "qué" y "para qué".

PROCESO: Un conjunto de acciones integradas y dirigidas hacia un fin. Una acción continua u operación o serie de cambios o tareas que ocurren de manera definida. La acción y el efecto de continuar de avanzar, en especial del tiempo.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Proceso que permite a las personas tener más control sobre su salud y mejorarla.

REHABILITACIÓN: Conjunto de medidas dirigidas a las personas que presenten o puedan presentar discapacidad con el fin de ayudarlas a lograr y mantener un nivel de funcionamiento óptimo en la interacción con sus entornos.

RESILIENCIA: Habilidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad por medio de la resistencia, la recuperación o la adaptación.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS: Estados de salud complejos que suelen ocurrir en la edad avanzada y que no entran en categorías de enfermedades específicas; a menudo son consecuencia de múltiples factores subyacentes y disfunciones en varios sistemas orgánicos.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS SITUACIONAL Y RESULTADOS RELEVANTES

El Distrito de San Juan de Lurigancho (DSJL), nace hace 47 años. La ciudad ha ido creciendo paulatinamente en su configuración, su población ha ido incrementándose cerca de ocho veces en los últimos treinta años en la actualidad se estima que supera el millón de habitantes, gracias al tesón y el esfuerzo mancomunado de sus ciudadanos, hombres, mujeres, jóvenes, adolescentes, entre otros (Plan de desarrollo concertado 2015-2021, DSJL).

El compromiso con el distrito, está reflejado su desarrollo, en los últimos tiempos; el mismo que debe continuar progresivamente: Estos nuevos cambios son reflejo del trabajo de cada uno de los conciudadanos, con tanto con un mejor habitad del Distrito de San Juan de Lurigancho (DSJL).

3.1 EL PERFIL DEL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ

Durante los últimos 50 años, la disminución de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional.

En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar (Perfil del Adulto Mayor Perú – INTRA II, 2004).

Según el censo/estimaciones de 1970, la Población Adulta Mayor del Perú (PAM) constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzó el 6.34%; por tanto, en 23 años la población de adultos mayores creció en menos de 1%.

El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década, ya que se calcula que hacia fines del 2004 esta población representará el 7.55% y en el 2025, el 13.27%. Esto significa que en los próximos 20 años, la PAM llegará casi a duplicarse. Estamos así siendo testigos de un rápido proceso de transición demográfica, por lo que debemos estar preparados para afrontar los cambios y sus consecuencias (Perfil del Adulto Mayor Perú – INTRA II, 2004).

En el estudio del Perfil del Adulto Mayor (2004), se expresa: La expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; en 1970, era de 53 años; en el 2004, es de 70 años y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025.

En el Incanato, la base de la organización social y económica era el ayllu, que estaba conformado por grupos de familias con lazos de parentesco. La economía inca se basaba en el trabajo colectivo; en ella el anciano mantenía su estatus laboral de manera permanente, desempeñando labores adecuadas a su condición biológica. Al llegar a edades muy avanzadas, el ayllu se encargaba de su manutención. No se dispone de información respecto a la situación del Adulto Mayor en otros pueblos pre incas o coetáneos a los incas, pero por la estructura

de poder teocrática y la base agropecuaria de la producción de la mayoría de éstos, la supervivencia del grupo estuvo asentada tanto en la capacidad de acción de los adultos y jóvenes como en los conocimientos y saberes de los mayores o ancianos.

En el Virreinato, la nueva estructura económico social, valía solo para indígena apto para trabajar, dando lugar al desamparo de los no aptos, en especial, los ancianos. Para el pago del tributo indígena se registraba como tributario hasta los 50 años. Las epidemias traídas por los conquistadores y el sistema de explotación minera (llamado mita o turno) elevaron la mortalidad (en especial la masculina) a niveles alarmantes; por ello, solo unos pocos lograban alcanzar los 50 años.

En el periodo republicano hasta finales del siglo XIX, persistió la situación de marginación de la población de la tercera edad, se les continuó considerando una fuerza de trabajo devaluada, con muy poca aceptación para mantenerse en el mercado laboral.

A mediados del siglo XIX, con el desarrollo de la medicina en el Perú bajo la influencia de la medicina francesa, inglesa y alemana, surgió el interés por satisfacer las necesidades de atención de los ancianos, especialmente de aquellos de sectores populares.

La Sociedad de Beneficencia de Lima, fundada en 1834 durante el gobierno del general Orbegoso, fue con la finalidad de brindar atención a los

desvalidos, se hizo cargo de los hospicios, hospitales y cementerios. Esta sociedad estableció varios hospicios con la función limitada de albergues como el Manrique, Castaño, Ruiz Dávila y Corazón de Jesús, entre otros (Perfil del Adulto Mayor Perú – INTRA II, 2004).

En 1924 fue construido el Asilo San Vicente de Paul, ex Hospicio de Incurables, hoy Hogar Geriátrico, perteneciente a la Sociedad de Beneficencia de Lima para la atención de ancianos desvalidos.

Con la creación del Seguro Social Obligatorio para los obreros en 1936 marcó un hito, tendrían asegurada la atención médica durante su vejez, luego de la jubilación. En 1951 este tipo de atención se extendió mediante la forma de Seguro Social.

En 1973 se creó el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social que reemplazó a la Caja de Pensiones de la Caja Nacional del Seguro Social, del Seguro Social del Empleado y del Fondo Especial de Jubilación de Empleados Particulares.

Las Fuerzas Armadas se sumaron creando los servicios de atención geriátrica, en el Hospital Militar Central en 1975; en el Hospital de las Fuerzas Policiales, en 1982; en el Hospital Central de Aeronáutica, en 1983 y en el Hospital Naval Central, en 1985.

El 27 de agosto de 1982 fue inaugurado en el distrito del Rímac el asilo que lleva el nombre de su benefactora, Ignacia Rodolfo viuda de Caneara.

En 1998 se creó el servicio de Geriatría en el Hospital de la Seguridad Social Guillermo Almenara Irigoyen (ex Obrero), mientras que en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (ex Empleado), también de la seguridad social, funciona una unidad de valoración geriátrica.

Recientemente han sido creados servicios de geriatría en algunos hospitales del Ministerio de Salud, tales como Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza, 2 de mayo, Sergio Bernales; sin embargo, éstos aún no están debidamente implementados para un funcionamiento óptimo (Perfil del Adulto Mayor Perú – INTRA II,2004).

La Geriatría como disciplina nuestro país, se inició a mediados del siglo XX. En 1953, un grupo de médicos, interesados en esta relativamente nueva especialidad, decidieron fundar la Sociedad Peruana de Geriatría. El primer presidente fue el Dr. Eduardo Valdivia Ponce. En 1957 esta sociedad se afilió a la Asociación Internacional de Gerontología. Posteriormente entró en crisis debido a que sus miembros no pudieron ponerse de acuerdo respecto a la finalidad e identidad de la institución.

Por Decreto Supremo en el 2002 se aprobó el “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006” con el objetivo de implementar acciones coordinadas entre las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil a fin de

aumentar la participación e integración social del adulto mayor, a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios de salud, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional y la generación de oportunidades para una vida armónica con la familia y la comunidad. La coordinación, seguimiento y evaluación del mencionado Plan Nacional está a cargo del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (MIMDES).

Se debe hacer mención, que el 29 de octubre de 1996 se crea el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), y el 11 de julio del 2002 mediante Ley Orgánica 27779, se modifica la organización del Consejo de Ministros del Perú al transformarse en el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). Desde el 2012, se convirtió en el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).

Los componentes que determinan el crecimiento, tamaño y estructura de las poblaciones son la natalidad, la mortalidad y las migraciones.

En el caso del Perú, el crecimiento es consecuencia principalmente de la interacción de estos dos primeros factores demográficos. Tanto la tasa de mortalidad y la de natalidad han disminuidos en los últimos 30 años y se espera que continúen disminuyendo hasta el 2015; a partir de este año la mortalidad empezará a aumentar mientras que la natalidad seguirá disminuyendo hasta una tasa de 16.48 nacimientos por cada 1000 habitantes en el 2025 (Perfil del Adulto Mayor Perú – INTRA II, 2004).

Tabla 9: Esperanza de vida al nacer, 1970 - 2025

Año	Esperanza de vida al nacer (x años)		
	Total	Hombres	Mujeres
1970 - 1975	55.52	53.88	57.25
1980 - 1985	61.55	59.46	63.75
1985 - 1990	64.37	62.08	66.77
1990 - 1995	66.74	64.40	69.20
1995 - 2000	68.32	65.91	70.85
2000 - 2005	69.82	67.34	72.42
2005 - 2010	71.23	68.68	73.90
2010 - 2015	72.53	69.93	75.27
2015 - 2020	73.75	71.08	76.55
2020 - 2025	74.87	72.14	77.73

Fuente: INEI

Al disminuir la natalidad y la mortalidad, se da el aumento de la longevidad, que se mide mediante el concepto de esperanza de vida al nacer, la que ha aumentado de 53.47 años en 1970 a 70.4 años para el presente año 2004. Ver tabla 9.

Tabla 10: Estructura de la población mayor de 50 años

	1970	1990	2000	2010	2025
50 - 54 años	26,79%	27,18%	26,38%	26,68%	24,39%
55 - 59 años	23,11%	22,64%	21,27%	21,66%	20,86%
60 - 64 años	18,78%	17,61%	17,60%	16,78%	17,51%
65 - 69 años	13,71%	13,07%	13,76%	12,78%	13,60%
70 - 74 años	9,64%	9,20%	9,65%	9,66%	10,08%
75 - 79 años	5,32%	6,09%	6,14%	6,61%	6,78%
80 años o +	2,65%	4,21%	5,20%	5,83%	6,78%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: INEI

Si se analizan los cambios dentro de los grupos de edad de los adultos mayores de 50 años, se puede observar que del 1970 al 2025, el grupo de

mayores de 75 años muestra un aumento sostenido dentro del grupo de adultos mayores. Ver tabla 10.

En la tabla 11, se presenta la distribución departamental (regional) de la población peruana y el porcentaje de mayores de 60 años en cada uno de los departamentos, para el 2004.

Tabla 11: Población total de adultos mayores de 60 años

Departamento	Población total	Total pob de 60 años o +	% de pob de 60 años o más x dep.	Distribución de población Adulta mayor
Amazonas	436,073	24,637	5.65%	1.18%
Ancash	1,139,083	93,966	8.25%	4.52%
Apurímac	478,315	31,114	6.50%	1.50%
Arequipa	1'126,636	96,021	8.52%	4.62%
Ayacucho	571,563	41,017	7.18%	1.97%
Cajamarca	1'532,878	95,086	6.20%	4.57%
Callao	811,874	74,207	9.14%	3.57%
Cusco	1'237,802	82,620	6.67%	3.97%
Huancavelica	459,988	27,513	5.98%	1.32%
Huánuco	833,640	48,541	5.82%	2.33%
Ica	709,556	57,539	8.11%	2.77%
Junín	1'274,781	89,590	7.03%	4.31%
La Libertad	1'550,796	123,938	7.99%	5.96%
Lambayeque	1'141,228	86,545	7.58%	4.16%
Lima	8'011,820	739,089	9.22%	35.55%
Loreto	931,444	44,137	4.74%	2.12%
Madre de Dios	104,891	3,213	3.06%	0.15%
Moquegua	163,757	12,933	7.90%	0.62%
Pasco	277,475	14,780	5.33%	0.71%
Piura	1'685,972	108,437	6.43%	5.22%
Puno	1'297,103	93,697	7.22%	4.51%
San Martín	777,694	39,864	5.13%	1.92%
Tacna	309,765	18,495	5.97%	0.89%
Tumbes	211,089	11,112	5.26%	0.53%
Ucayali	464,399	21,045	4.53%	1.01%
Total	2'7546,574	2'079,135	7.55%	100.00%

Fuente: INEI

3.2 EL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO

El Artículo 194º de la Constitución Política del Perú. La Ley N° 28607, Ley de reforma de los artículos 91, 191 y 194 de la Constitución Política del Perú, precisa que los Gobiernos Locales, Provinciales y Distritales tienen autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia.

El Artículo 195 de la Constitución Política del Perú. La Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título, sobre Descentralización, modifica el Capítulo XIV del Título IV de la Constitución Política del Perú, establece que los gobiernos locales promueven el desarrollo y la economía local, en armonía con las políticas y planes nacionales y regionales de desarrollo y la economía local, en armonía con las políticas y planes nacionales y regionales de desarrollo.

El DSJL, está ubicado al noreste de la Provincia de Lima, se desarrolla desde la margen derecha del río Rímac hasta las elevaciones del Cerro Colorado Norte, flanqueando hacia el este por divisoria de Cerro Mirador, Ladrón, Pirámide y Cantería, por el oeste la divisoria la definen los Cerros Balcón, Negro y Babilonia.

Sus límites son:

- Norte: Distrito de San Antonio (provincia de Huarochirí).
- Sur: Distrito del Agustino (teniendo como línea divisoria al río Rímac).

- Este: Distrito de Lurigancho – Chosica.
- Oeste: Distrito del Rímac, Independencia, Comas y Carabaylo.

El DSJL, tiene una superficie de 131.25 Km², constituyendo el 4.91% del territorio de la Provincia de Lima y el 0.38% del Departamento de Lima. Ver figura 4.

La población actual del DSJL asciende, según información brindada por el INEI, a 1'069,566 habitantes, con un crecimiento de la población de 3.14 %, siendo considerada como uno de los distritos con mayor población por encima de algunas provincias, lo cual refleja una mayor demanda por parte de los habitantes a servicios de educación, alimentación y servicios básicos que tendrá que ser atendidos por el sector público y privado.

Figura 4: Mapa del DSJL y sus límites



Fuente: Plan de desarrollo concertado 2015-2021, DSJL

Actualmente el DSJL mantiene aproximadamente el 11% de la población de Lima, lo cual lo convierte en uno del distrito más atractivo para la inversión de centros comerciales, industrial, transporte y otros.

En los últimos 14 años la población del DSJL, se ha incrementado en 315,468 habitantes, es decir, de quinientos ochenta y dos mil novecientos setenta y cinco (582,975) habitantes que había en el año 1993 ha pasado a ser para el 2.007, ochocientos noventa y ocho mil cuatrocientos cuarenta y tres (898,443) habitantes, es del 54.11% respecto del año 1993; promedio 1.8% anual (Plan estratégico Institucional 2011-2014, DSJL).

En el Censo de 1,972, se registró que el DSJL, contaba con 86,173 habitantes, de este punto el crecimiento de la población presenta una tendencia creciente gradualmente disminuida, ya que del año 1,972 a 1,981 la población tuvo una tasa de crecimiento promedio anual inter censal de 13.03%, del año 1,981 a 1,993 una tasa de crecimiento inter censal de 6,98% y de 1,993 a 2,007 una tasa de crecimiento inter promedio anual de 3.14%. Ver la tabla 12.

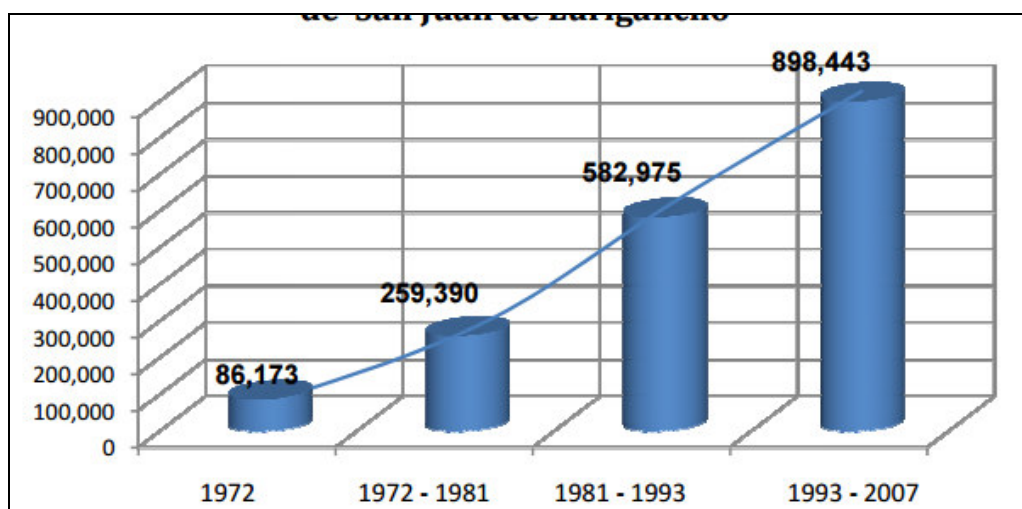
Tabla 12: Población total y tasa de crecimiento 1972 - 2007

AÑO	TOTAL	INCREMENTO INTERCENSAL	INCREMENTO ANUAL	TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL
1972	86,173			
1981	259,390	173,217	19,246	13,03
1993	582,975	323,585	26,965	6,98
2007	898,443	315,468	22,533	3,14

Fuente: Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda, INEI

Hasta el 2013 la población sería 1.12 millones de personas, y para el resto de años se va a presentar ubicación vertical, en todas las organizaciones comprendidas en el Distrito de San Juan de Lurigancho.

Figura 5: Crecimiento de la población de DSJL



Fuente: INEI

El DSJL, ha crecido por la variable migratoria principalmente, utilizando las invasiones de las áreas libres planas y de las faldas de los cerros: Aparentemente ya no existen áreas libres para alojar a poblaciones sin vivienda. La posibilidad de un crecimiento lento poblacional se debe al envejecimiento de la población (Plan estratégico Institucional 2011-2014, DSJL). Ver figura 5.

3.3 PLAN DE DESARROLLO PARA EL ADULTO MAYOR

Según cifras del Plan de Desarrollo Concertado 2015-2021 en el DSJL: En los últimos años la población del DSJL se ha incrementado. En el año 1972 existía (86,173) habitantes, en el año 1981 (259,390) habitantes, en el año 1993

(582,975) habitantes, ha pasado a ser para el año 2007 (898,443) habitantes, según las proyecciones en el año 2014 cuenta con 1'069,566 habitantes.

El crecimiento de la población presenta una tendencia creciente, por la cual implica implementar políticas públicas de desarrollo debido a que se va a presentar la necesidad de viviendas de ubicación vertical, al no contar con espacios para la ubicación espacial.

En el DSJL, de acuerdo al Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda 2007, la población de hombres es superior al de mujeres en 621 habitantes, lo que demuestra que una diferencia en menor escala con respecto al otro.

Tabla 13: Población por grupo de edades en el DSJL

CATEGORIA	CASOS	PORCENTAJE
De 0 a 9 años	159,221	17.72%
De 10 a 19 años	174,986	19.48%
De 20 a 29 años	194,131	21.61%
De 30 a 39 años	142,706	15.88%
De 40 a 49 años	100,939	11.23%
De 50 a 59 años	68,090	7.58%
De 60 a Mas	58,360	6.5%
TOTAL	898,443	100.00%

Fuente: INEI

El DSJL es una población joven, según el censo poblacional del año fiscal 2007, la población del grupo de edad de 20 – 29 años representa el 21.61%, en comparación a la proyección del 2014, siendo el pico máximo de la población

entre las edades de 20 a 24 años que representa el 10.97%, de 25 a 29 años representa el 9.34%, seguida en las edades de 30 a 34 representa el 8.4%. El porcentaje de PAM es de 6.5%. Ver tabla 13.

La Ley N° 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores, en su Artículo 8, dispone la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) en las Municipalidades Provinciales y Distritales.

La Ley 30490 en sus Artículos 10, 11 y 12, desde el Capítulo II, refiere, que es el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, quien promueve la creación de centros integrales de atención al adulto mayor (CIAM) por los gobiernos locales.

El Artículo 6 del Reglamento de la Ley N° 28803, establece que el objetivo de los CIAM es asegurar espacios saludables integrales de socialización, beneficiando a la PAM y garantizando la inclusión de las Personas Adultas Mayores con discapacidad, así como de las familias que tienen a su cargo PAM con dependencia.

El mencionado Reglamento establece que los CIAM, en el marco de la Ley Orgánica de Municipalidades, favorecerán la participación activa, concertada y organizada de las PAM y otros actores de su jurisdicción.

Artículo 10 de la Ley 30490, se definen los CIAM como: Los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), son espacios creados por los

gobiernos locales, en el marco de sus competencias, para la participación e integración social, económica y cultural de la PAM, a través de la prestación de servicios, en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas; programas y proyectos que se brindan en su jurisdicción a favor de la promoción y protección de sus derechos.

Para la mejor implementación de los servicios que prestarán los CIAM, la Guía de Pautas de funcionamiento, recomienda los siguientes enfoques:

- Enfoque de las PAM como sujetos de derechos, hacia un envejecimiento activo, saludable, productivo y participativo que promueva la equidad y asociatividad de mujeres y varones sin discriminación de ninguna clase.
- Enfoque intergeneracional de la familia y comunidad, orientado a reinsertar a las PAM en actividades como: toma de decisiones familiares, participación en la educación, transmisión de experiencias, etc.
- Enfoque intercultural con valoración positiva del envejecimiento, orientado a la solución de las necesidades de las PAM, en el contexto de los distintos escenarios culturales locales.
- Enfoque de desarrollo de capacidades de las PAM, promoviéndose a través del CIAM un envejecimiento activo, productivo y saludable.

La estructura básica de un CIAM es:

- El CIAM, dependerá orgánicamente del área del Gobierno Local vinculado al Desarrollo Social o a la que haga sus veces (Participación Vecinal, Desarrollo Humano), según la estructura orgánica de cada Municipalidad.

- Las actividades del CIAM estarán bajo la responsabilidad de un profesional o técnico responsable, de preferencia con formación o experiencia en trabajo con PAM, quien gestionará la prestación de los servicios multidisciplinarios.
- El CIAM contará con el apoyo de un equipo interdisciplinario mínimo, debidamente capacitado con un enfoque gerontológico, que viabilice la prestación de sus servicios y programas, de acuerdo a las necesidades de su población y a su realidad local.

De acuerdo al Reglamento de la Ley N° 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores, las Municipalidades Provinciales y Distritales, son las entidades encargadas de gestionar los recursos económicos para la instalación e implementación de los CIAM, con cargo a sus respectivos presupuestos y de manera progresiva, de acuerdo a sus posibilidades y recursos financieros.

Para asegurar la sostenibilidad de los CIAM, es necesario que las Municipalidades incorporen esta instancia en sus estructuras, instrumentos de gestión y partidas presupuestales, determinadas por la Ley. Es importante resaltar que el compromiso y la corresponsabilidad de todos los actores sociales, respaldado por normas legales municipales, permiten la continuidad de las acciones del CIAM.

la Guía de Pautas de funcionamiento, recomienda los principales servicios de los CIAM:

- Servicios Educativos (Alfabetización, cursos libres de computación, uso de internet).
- Recreativos (Buen uso del tiempo libre, actividad artística).
- Servicios de Participación Ciudadana (Talleres intergeneracionales, participación y organización, liderazgo y gestión, manejo emocional y mejoramiento de la autoestima, formación y apoyo a la familia cuidadora).
- Servicios Socio-Legales (Orientación socio-legal, asesoría jurídica, prevención del maltrato).
- Servicios para el desarrollo de las capacidades de las personas adultas mayores (Cursos y/o talleres de manualidades, microemprendimientos, capacitación en computación y manejo de la Internet, repostería, artesanía, pintura, calzado).
- Servicios Deportivos (Actividad física, deportes – Vida Activa, impulsado por el Instituto Peruano del Deporte - IPD).
- Servicios de Salud (Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, orientación nutricional, prevención del deterioro mental. A través del CIAM se promoverán mecanismos de coordinación necesarios con los Centros de Salud o establecimientos análogos, para la práctica de la Valoración Geriátrica Integral de las PAM).

3.4 EL PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA

El Proyecto de Inversión Pública: Creación e Implementación de la Casa del Adulto Mayor, en La Urb. Las Flores, Distrito de San Juan de Lurigancho, Lima – Lima.

El proyecto, surge como una propuesta de solución a la problemática de la situación actual de los Adultos Mayores del DSJL, provincia de Lima, cuyo grupo de pobladores, no tienen la atención adecuada del Estado, y el servicio actual se encuentra en condiciones críticas, existiendo una gran demanda por contar con la infraestructura, equipamiento y la atención profesional, que permita, mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.

En la Disposición Complementaria Final N° 4, de la Ley 30490, se lee:

Cuarta. Articulación

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables como rector en la promoción y protección de los derechos de la persona adulta mayor, articula con los demás sectores y con otros niveles de gobierno, la implementación de la presente ley.

De acuerdo a lo establecido en los artículos 9º, 10º, 11º y 12º de la Ley N° 30490, los gobiernos locales, en el marco de sus competencias, puede suscribir, convenios, alinazas estratégicas, entre otros documentos, con organizaciones e instituciones de naturaleza pública y privada para la implementación progresiva de los servicios, que debe brindar los CIAM.

Es importante que el municipio de DSJL, apruebe el Reglamento de Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM). Siendo la Gerencia Municipal y la Sub Gerencia de Desarrollo Social y de Participación Ciudadana, las encargadas de la Implementación del citado Reglamento.

El CIAM tiene que promover el estricto cumplimiento de los derechos del Adulto Mayor, tipificados en la Constitución Política del Perú, Ley Orgánica de Municipalidades Ley N° 27972, las que figuran y/o se detallan en el Artículo 5º de la Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor; y otras Normas Legales creadas y por crearse.

El CIAM dentro del marco estipulado para el reconocimiento de las organizaciones sociales promoverá y/o fomentará la creación de Organizaciones de PAM en el DSJL, permitiendo así su participación como agentes activos de manera organizada y concertada en las actividades, proyectos y otros análogos.

El proyecto de inversión, tiene por finalidad, elevar la calidad de vida del segmento poblacional del Adulto Mayor en el DSJL, y tiene como objetivo primordial, el brindar el lugar de reposo, esparcimiento y desarrollo de habilidades y destrezas, de las personas de edad mayor, a efectos de garantizar, el derecho de la PAM, a un envejecimiento activo, productivo y saludable; correspondiendo al porcentaje de PAM, del orden del 6.5%, según cifras del INEI.

Los servicios que prestará la Casa del Adulto Mayor del DSJL (el CIAM), son:

- De salud.
- De orientación legal y consejería social.
- Talleres de desarrollo personal.

En el servicio de salud, se consideran: asesoría y evaluación psicológica, asesoría y evaluación nutricional, asesoría y evaluación médica, acupuntura y podología.

En el servicio de desarrollo personal, se consideran: taller de memoria y autoestima, taller de tai chi, taller de informática grupal e individual, talleres de danzas: Marinera norteña, danza costeña, baile latino, taller de gimnasia rítmica y gerontogimnasia, taller de lectura, coro y de manualidades.

En el DSJL, más del 61% de la PAM, no se encuentra afiliada a algún seguro de Salud, por lo que no se pueden acceder a servicios de salud de carácter preventivo y promocional, asimismo, no poseen orientación nutricional ni psicológica, lo que genera una situación de desamparo, que colisiona con los principios más esenciales, que rigen la convivencia social. Asimismo, no existen establecimientos públicos, ni privado, que desarrollen actividades vinculadas a la atención de los Adultos Mayores.

De la misma manera, existen personas Adultas Mayores, dentro del Programa Pensión 65, que perciben una pensión de sólo S/ 125.00 mensuales; y Adultos Mayores, con pensiones de jubilación ordinaria, cuyos montos son insuficientes, para asegurar, una calidad de vida adecuada, y dentro de los estándares suficientemente aceptables.

Todo lo anteriormente expuesto, es el motivo del proyecto, la Casa del Adulto Mayor en DSJL, cuyo financiamiento se obtendría a través de la suscripción de un Convenio con el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF) y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MINP), o el gobierno Regional de Lima Metropolitana, lo que permitirá a la PAM, acceder a un nivel de vida adecuado.

Número de los Beneficiarios Directos

1'069,566 habitantes x 6.5% = 69,522 personas.

Característica de los Beneficiarios

Los beneficiarios directos serán los residentes del DSJL, cuyas edades superan los 60 años (Adultos Mayores) y que a la fecha no cuentan con los diferentes servicios de atención de esparcimiento y recreación que ofrece el DSJL.

Objetivo del Proyecto de Inversión Pública

Adecuada prestación de servicios para el Adulto Mayor en el DSJL.

Alternativas del proyecto de inversión pública

(Las tres mejores alternativas)

Descripciones:

(La primera alternativa es la recomendada)

Alternativa 1

Construcción de 5,000.00 m² de una edificación de material noble con sistema aporticado, basado en columnas y vigas y losa aligerada, la cual tendrá dos niveles de sótanos y 5 niveles superiores con una azotea en la parte superior. Adquisición de equipamiento y mobiliario adecuado para el desarrollo de las capacidades y actividades socioculturales. Promoción y difusión de actividades a prestar.

Alternativa 2

Construcción de 5,00.00 m² de una edificación de material noble con sistema aporticado, basado en columnas y vigas y losa aligerada, la cual tendrá dos niveles de sótanos y 5 niveles superiores con una azotea en la parte superior, con piscina y cancha de grass sintético en la azotea. Adquisición de equipamiento y mobiliario adecuado para el desarrollo de las capacidades y actividades socioculturales. Promoción y difusión de actividades a prestar.

Tabla 14: indicadores

		Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
Monto de la Inversión Total (Nuevos Soles)	A Precio de Mercado	9,954,119	10,488,440	0
	A Precio Social	8,477,181	8,932,257	0
Costo Beneficio (A Precio Social)	Valor Actual Neto (Nuevos Soles)			
	Tasa Interna Retorno (%)			
Costos / Efectividad	Ratio C/E	161.10	164.43	0.00
	Unidad de medida del ratio C/E (Ejms Beneficiario, alumno atendido, etc.)	atenciones realizadas	atenciones realizadas	0

Fuente: Elaboración propia

Alternativa 3

Ninguna

Indicadores (ver tabla 14)

Análisis de Sostenibilidad de la Alternativa Recomendada

La Municipalidad DSJL, es responsable directo de la inversión del proyecto, tiene una buena capacidad de gestión administrativa, Dispone de una importante capacidad instalada, tanto de profesionales como maquinaria, para el diseño, construcción y supervisión de los proyectos, y para realizar el mantenimiento adecuado y oportuno de la infraestructura urbana del distrito.

Tabla 15: Cronograma de inversiones según Componentes

COMPONENTES	Semestres(Nuevos Soles)		
	1er Semestre 2013	2do Semestre 2013	Total por componente
Expediente técnico	138,683	0	138,683
Construcción de edificación	4,622,762	4,622,764	9,245,526
Adquisición de equipamiento y mobiliario	0	250,000	250,000
Promoción y difusión de actividades	0	35,000	35,000
Supervisión	92,455	92,455	184,910
Mitigación de impacto ambiental	50,000	50,000	100,000
Total por periodo	4,903,900	5,050,219	9,954,119

Fuente: Elaboración propia

Componentes del proyecto de inversión pública

(En la Alternativa Recomendada)

Cronograma de Inversión según Componentes (ver tabla 15)

Cronograma de Componentes Físicos (ver tabla 16)

Tabla 16: Cronograma de Componentes Físicos

COMPONENTES	Semestres			
	Unidad de Medida	1er Semestre 2013	2do Semestre 2013	Total por componente
Expediente técnico	und	1	0	1
Construcción de edificación	m2	2,539	2,540	5,079
Adquisición de equipamiento y mobiliario	glb	0	1	1
Promoción y difusión de actividades	glb	0	1	1
Supervisión	glb	0	1	1
Mitigación de impacto ambiental	glb	0	1	1

Fuente: Elaboración propia

Para finalizar el presente trabajo, se tiene probar el tema de la Calidad de Vida, que aportan los Centros del Adulto Mayor.

El concepto de Calidad de Vida, considera múltiples variables como la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación y los sistemas de salud, entre otros.

Concepto multidimensional, que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, reflejando las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada ámbito de la vida, los que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro (IMSERSO, 2010).

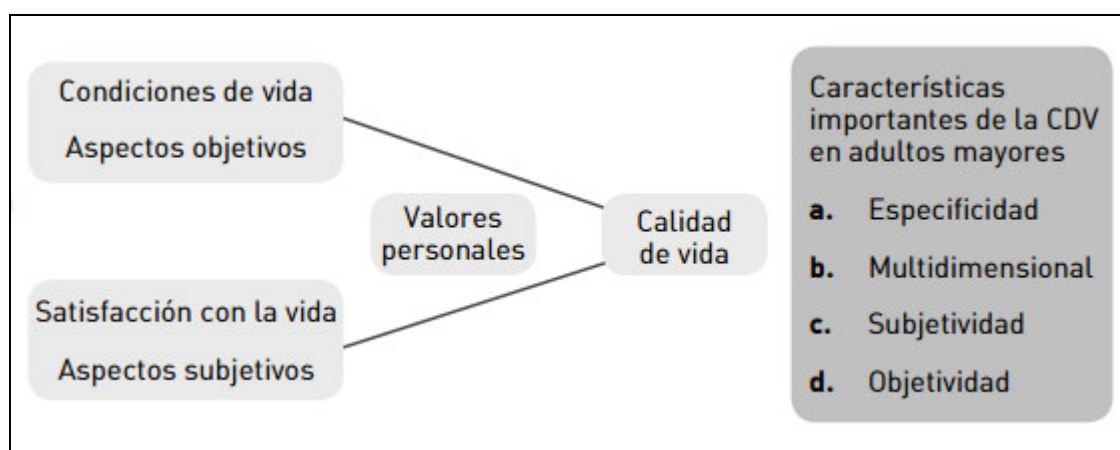
La Calidad de Vida en las personas mayores, tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

Es importante la relación entre calidad de vida con la satisfacción y la percepción de bienestar, siendo estos aspectos primordiales para mejorarla.

Los estudios científicos sobre el bienestar subjetivo y la felicidad dentro de las ciencias sociales y la psicología, han tenido un gran desarrollo en las últimas décadas (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

Las investigaciones en el ámbito del bienestar subjetivo han mostrado que las personas más felices, atribuyen su felicidad a una vida placentera, comprometida y con significado (Peterson et al, 2003, p. 646-49). Ver figura 6.

Figura 6: Calidad de Vida (CDV)



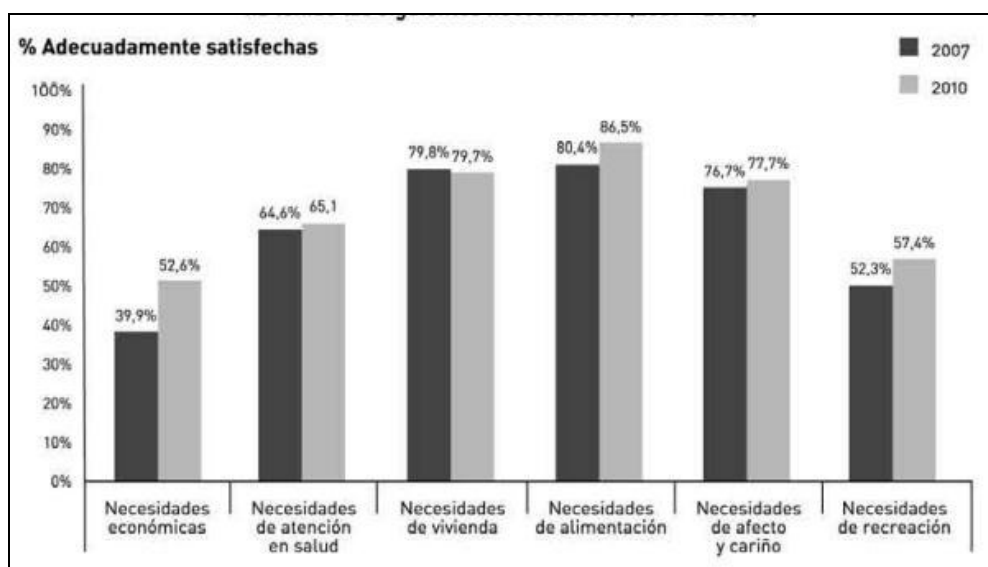
Fuente: (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011)

Pueden distinguirse, en términos generales, dos componentes del bienestar subjetivo:

- 1) Los aspectos cognitivos representados por la apreciación de satisfacción con la vida, tales como: percepción, memoria, habilidades del pensamiento, orientación espacial, estilo de aprendizaje y aptitudes, entre otros.
- 2) Los aspectos afectivos o emocionales, manifestados por la balanza de afectos o percepción personal de la felicidad/tristeza (Argyle y Martin, 1987, p.77-100).

En la Segunda Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC – Caja Los Andes, realizada en Chile en el año 2010, se plantearon 6 ítems a evaluar, donde se consideraron como variables independientes: el género, la edad y el nivel educacional de los encuestados. Ver figura 7.

Figura 7: Segunda Encuesta de Calidad de Vida



Fuente: (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011)

Se concluye que:

- 1) La situación económica y los sistemas de ayuda social son variables relevantes de considerar. La Encuesta refleja que a los Adultos Mayores les alcanza mejor el dinero para satisfacer sus necesidades que en relación a otros años, lo que incrementa su sensación de bienestar.
- 2) Las necesidades de alimentación y de recreación también mejoran en comparación a tres años atrás.
- 3) Permanece alta la satisfacción de necesidades de vivienda y aquellas referidas a los afectos y al cariño. Las necesidades afectivas son una fuente de satisfacción muy relevante para las personas mayores, quienes necesitan reforzar sus lazos familiares y acrecentar su red de apoyo social para enfrentar mejor las vicisitudes de la vida cotidiana.

Uno de los aspectos fundamentales y básicos al momento de analizar el concepto Calidad de Vida, es la importancia de la adecuada satisfacción de las necesidades fundamentales, esta es la base para comenzar a analizar cualquier planteamiento que involucre el mejoramiento de la calidad de vida en las personas mayores. Aunque, es importante destacar que la determinación de estas necesidades fundamentales o “mínimas” está influenciada por factores sociales y culturales (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. El Plan de desarrollo local, para las Personas Adultas Mayores, mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho.
2. El Plan de Mejora de la Calidad de Vida, el Plan Maestro, plantea que la culminación sea la construcción de la Casa del Adulto Mayor, ejecutado por la Municipalidad del DSJL, en convenio con el MINDES.
3. La legislación en el Perú, contempla la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor, para el bienestar y promoción social de las Personas Adultas Mayores.
4. Un lugar de esparcimiento, el desarrollo de habilidades y destrezas, disfrute del tiempo libre y prevención y promoción de la salud, mejora la calidad de vida en San Juan de Lurigancho del Adulto Mayor.
5. Los beneficiarios directos serán los residentes del DSJL, cuyas edades superan los 60 años (Adultos Mayores) y que a la fecha no cuentan con los diferentes servicios de atención de esparcimiento y recreación que ofrece el DSJL.

4.2 RECOMENDACIONES

1. La metodología planteada en la presente investigación, es generalizable a cualquier situación donde se necesite tomar decisiones en torno a planes de desarrollo para las Personas Adultas Mayores.
2. Contar con la organización y planificación de las instituciones y club representativos que agrupan al PAM, para el Plan de Desarrollo Local de Mejora de la Calidad de Vida; que exija a las autoridades, el cumplimiento de la Ley 30490; y la promulgación del Reglamento a la Ley, de acorde con la realidad social y geográfica.
3. Aprovechar que existe un alto porcentaje de AM jubilados, que tienen experiencia en distintas oficios y manualidades, para formular la creación de un Taller de Producción, que reporten ingresos económicos.
4. Realizar las FERIAS ARTESANALES DE PRODUCTOS del AM, con el apoyo de las ONG.
5. Establecer cuatro campañas médicas geriátricas anuales, de salud, en coordinación con MINSA, ESALUD y la Municipalidad DSJL.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ackoff, R. (1953). The Design of Social Research, University of Chicago.
2. Bernal T., César (2006), Metodología de la Investigación para la Administración, Economía, Humanidades y Ciencias Sociales. México D.F., México: Pearson Educación.
3. Decreto Supremo N° 009-2010-MINDES, Requisitos mínimos para el funcionamiento de los centros de atención residencial para Personas Adultas Mayores. Lima, Perú: MINDES.
4. Decreto Supremo N° 004-2016-MIMP, Reglamento de los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores. Lima, Perú.
5. Hernández Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014) Metodología de la Investigación. México D.F., México: Editorial Mc Graw-Hill.
6. INEI (2010). *Cuarto Censo Nacional Económico*. Lima, PERÚ: Edición de bolsillo.
7. INTRA-II (2004). Perfil del Adulto Mayor: Sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento. Lima: MINSA.
8. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2009). Pautas y reconocimientos para el funcionamiento de los CIAM. Lima, Perú: MINDES.
9. Municipalidad Distrital de San Juan de Lurigancho (2015). Plan de desarrollo concertado 2015-2021. Lima, Perú.
10. Municipalidad Distrital de San Juan de Lurigancho (2011). Plan estratégico institucional 2011-2014. Lima, Perú.
11. Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor (2016). Lima, Perú.

12. Pontificia Universidad Católica de Chile (2011). Guía de Calidad de Vida en la vejez.

13. Elementos de muestreo, Richard L. Scheaffer, William Mendenhall, OIT Grupo Editorial Iberoamérica, pag 58

ANEXOS

ANEXO I: FICHA DE EMPADRONAMIENTO (A) y (B)

FICHA DE EMPADRONAMIENTO (A)				
1. Datos Personales: (Rellenar los espacios de color turquesa con letra mayúscula)				
Apellido Paterno:		<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Apellido Materno:		<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Nombres:		<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Domicilio				
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Tipo de Vía	Nombre de la Vía	Número	Interior	Urbanización
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>
Fecha de Nacimiento		Sexo:		
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Distrito		(dd/mm/aaaa)		
Email:		Teléfonos:		
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Colegio:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		Teléfonos:	
	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Dirección:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		Distrito:	
	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
2. Documentos				
Número de DNI:		<input style="width: 40%;" type="text"/>	Número de Carnet de CIAM:	
		<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
3. De tener alguna discapacidad, señalar cuál es				
1 <input type="checkbox"/> AL HABLAR 2 <input type="checkbox"/> VISUAL 3 <input type="checkbox"/> MOTRIZ 4 <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICA / TRANSTORNO MENTAL				
5 <input type="checkbox"/> INTELECTUAL				
Intelectual <input type="radio"/> Síndrome de Down <input type="radio"/> Retardo <input type="radio"/> Autismo				
6 <input type="checkbox"/> OTROS				
4. Ocupación				
¿Cuál es su principal ocupación?				
<input style="width: 95%;" type="text"/>				
¿Qué habilidades ha desarrollado?				
<input style="width: 95%;" type="text"/>				
¿Realiza algún tipo de actividad con sus padres o familiares?				
<input type="checkbox"/> Deportiva <input type="checkbox"/> Cultural <input type="checkbox"/> Paseos <input type="checkbox"/> Recreativa <input type="checkbox"/> Ni <input type="checkbox"/>				
Actualmente ¿Qué trabajo remunerado realiza?				
<input style="width: 95%;" type="text"/>				
¿Participa en algún grupo o movimiento en su barrio?				
<input style="width: 95%;" type="text"/>				
¿Practica algún deporte?				
<input style="width: 95%;" type="text"/>				
Recibe algún tipo de tratamiento médico. Si la respuesta es Si. ¿dónde se atiende?				
<input style="width: 95%;" type="text"/>				

FICHA DE EMPADRONAMIENTO (B)

5. Ocupación

¿Cómo considera usted que sería posible tener la Casa del Adulto Mayor?

¿De qué manera usted puede contribuir a tener la Casa del Adulto Mayor?

¿El Municipio debe construir la Casa del Adulto Mayor?

¿Pertenece a algún Club del Adulto Mayor?

¿Lo cuidan a usted sus hijos, hermanos, nietos u otros?

¿Tiene algún Plan de ayuda que usted pueda recibir?

¿Qué beneficios espera recibir en la Casa del Adulto Mayor?

¿Cómo usted prevé su envejecimiento?

¿De alguna manera, tiene usted un empleo?

¿Tiene ahorrado algún dinero para cuidar su salud?

¿Está dispuesto a integrar un grupo de personas adultas mayores para recibir atención de salud comunal?

6. Datos del adulto responsable de la persona Adulta Mayor

Apellidos:

Nombres:

Dirección:

Email:

Teléfonos:

This is a detailed architectural floor plan of a building, oriented horizontally. The plan includes a grid system with letters A through H along the top and bottom edges, and numbers 1 through 8 along the left and right edges. The building's layout is as follows:

- Top Section (Rooms 101-104):**
 - 101: TALLER DE JARDINERIA** (Garden Workshop) - Located at the top left, containing several tables and chairs.
 - 102: AUDITORIO** (Auditorium) - A large central hall with rows of seating.
 - 103: SALA DE ESPERA** (Waiting Room) - Located to the right of the auditorium, featuring a reception desk and seating.
 - 104: RECCION** (Reception) - A small room at the top right with a reception desk.
- Middle Section (Rooms 105-108):**
 - 105: SERVICIOS GENERALES** (General Services) - A central area containing a **HALL** and **W.C.** (restrooms).
 - 106: DIRECCION** (Direction/Office) - Located in the middle left, containing desks and chairs.
 - 107: TALLER DE COCINA** (Kitchen Workshop) - Located in the middle right, containing kitchen equipment.
 - 108: LAUNDERIA** (Laundry) - A small room at the bottom right.
- Bottom Section (Rooms 109-112):**
 - 109: COMEDOR** (Dining Room) - A large room at the bottom left with diamond-shaped tables.
 - 110: TALLER DE JARDINERIA** (Garden Workshop) - Another garden workshop at the bottom left, containing tables and chairs.
 - 111: TALLER DE JARDINERIA** (Garden Workshop) - A third garden workshop at the bottom right, containing tables and chairs.
 - 112: TALLER DE JARDINERIA** (Garden Workshop) - A fourth garden workshop at the bottom right, containing tables and chairs.
- Parking and Entrance:**
 - ENTRADA PRINCIPAL** (Main Entrance) - A large, patterned area in the center-right, leading into the building.
 - Parking Spaces:** Several car icons are shown in parking areas, including a row of five cars at the top right and a row of three cars at the bottom right.
- Dimensions and Grid:**
 - Horizontal dimensions at the top: 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00.
 - Horizontal dimensions at the bottom: 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00.
 - Vertical dimensions on the left: 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00.
 - Vertical dimensions on the right: 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00.

ANEXO III: COSTO DE LA INVERSIÓN – CASA DEL ADULTO MAYOR A PRECIOS SOCIALES

COSTO DE LA INVERSIÓN CASA DEL ADULTO MAYOR A PRECIOS SOCIALES

Alternativa N° 01				
ITEM	DESCRIPCION	PRECIOS PRIVADOS	FR	PRECIOS SOCIALES
01	INFRAESTRUCTURA	3,410,033.40		2,923,762.63
	Insumo Origen Nacional	2,387,023.38	0.847	2,021,808.80
	M.O.C. (mano de obra calificada)	443,304.34	0.91	403,406.95
	M.O.N.C. (mano de obra no calificada)	579,705.68	0.86	498,546.88
02	EQUIPAMIENTO	433,673.60		371,831.74
	Insumo Origen Nacional	303,571.52	0.847	257,125.08
	M.O.C. (mano de obra calificada)	56,377.57	0.91	51,303.59
	M.O.N.C. (mano de obra no calificada)	73,724.51	0.86	63,403.08
03	CAPACITACIÓN Y DIFUSIÓN	39,766.00		34,095.37
	Insumo Origen Nacional	27,836.20	0.847	23,577.26
	M.O.C. (mano de obra calificada)	5,169.58	0.91	4,704.32
	M.O.N.C. (mano de obra no calificada)	6,760.22	0.86	5,813.79
	COSTO DIRECTO	3,883,473.00		3,329,689.75
	Gastos Generales 8.0%	310,677.84	0.847	263,144.13
	Utilidad 8.0%	310,677.84	0.847	263,144.13
	COSTO TOTAL DEL PROYECTO	4,504,828.67		3,855,978.01
	Supervisión 4.0%	155,338.92	0.91	141,358.42
	Expediente Técnico 4.0%	0.00	0.91	0.00
	TOTAL COSTO DE INVERSIÓN	4,660,167.59		3,997,336.42

Alternativa N° 02				
ITEM	DESCRIPCION	PRECIOS PRIVADOS	FR	PRECIOS SOCIALES
01	INFRAESTRUCTURA	3,462,153.37		2,968,450.30
	Insumo Origen Nacional	2,423,507.36	0.847	2,052,710.73
	M.O.C. (mano de obra calificada)	450,079.94	0.91	409,572.74
	M.O.N.C. (mano de obra no calificada)	588,566.07	0.86	506,166.82
02	EQUIPAMIENTO	433,673.60		371,831.74
	Insumo Origen Nacional	303,571.52	0.847	257,125.08
	M.O.C. (mano de obra calificada)	56,377.57	0.91	51,303.59
	M.O.N.C. (mano de obra no calificada)	73,724.51	0.86	63,403.08
03	CAPACITACIÓN Y DIFUSIÓN	39,766.00		34,095.37
	Insumo Origen Nacional	27,836.20	0.847	23,577.26
	M.O.C. (mano de obra calificada)	5,169.58	0.91	4,704.32
	M.O.N.C. (mano de obra no calificada)	6,760.22	0.86	5,813.79
	COSTO DIRECTO	3,935,592.97		3,374,377.41
	Gastos Generales 8.0%	314,847.44	0.847	266,675.78
	Utilidad 8.0%	314,847.44	0.847	266,675.78
	COSTO TOTAL DEL PROYECTO	4,565,287.85		3,907,728.97
	Supervisión 4.0%	157,423.72	0.91	143,255.58
	Expediente Técnico 4.0%	0.00	0.91	0.00
	TOTAL COSTO DE INVERSIÓN	4,722,711.57		4,050,984.56